

DIE VOORKOMS VAN DEPRESSIESIMPTOME BY GRAAD 10-LEERDERS

DALEEN BARKHUIZEN

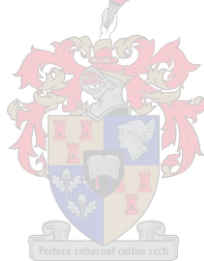
BA HOD BEdHons

Tesis aangebied ter gedeeltelike vervulling van die vereistes

vir die graad

Meester in Opvoedkunde in Opvoedkundige Sielkunde

(MEdPsig)



aan

UNIVERSITEIT STELLENBOSCH

STUDIELEIER: MARIECHEN PEROLD

DESEMBER 2008

VERKLARING

Deur hierdie tesis elektronies in te lewer, verklaar ek dat die geheel van die werk hierin vervat, my eie, oorspronklike werk is, dat ek die outeursregeienaar daarvan is (behalwe tot die mate uitdruklik anders aangedui) en dat ek dit nie vantevore, in die geheel of gedeeltelik, ter verkryging van enige kwalifikasie aangebied het nie.

Datum: Desember 2008

OPSOMMING

'n Depressiewe gemoedsversteuring is die afgelope dekade reeds die gemoedsversteuring met die hoogste voorkoms onder die algemene populasie. Onafhanklike studies in Suid-Afrika het aangedui dat die voorkoms van depressie onder die steekproewe wissel tussen 13% en 53%. Hierdie resultate stem egter nie ooreen met amptelike gepubliseerde statistiek wat aandui dat depressie slegs onder 16% van die algemene populasie oor 'n leeftyd voorkom nie. Depressie word waarskynlik ondergediagnoseer deur algemene praktisyns en slegs 'n klein gedeelte van adolessente met depressie word herken, en selfs minder ontvang ondersteuning daarvoor. Die doelstellings van hierdie studie was om ondersoek in te stel na die volgende: die voorkoms van depressiesimptome onder graad 10 leerders in skole in Stellenbosch, die verskille in voorkoms van depressie ten opsigte van geslag, die voorkoms van spesifieke depressiesimptome en ook om ondersoek in te stel na die ooreenkomste tussen depressie en die adolessente ontwikkelingsfase. Die studie is met behulp van 'n vraelys, die Beck Depressievraelys, gedoen. Die vraelys is met die nodige toestemming deur 201 graad 10-leerders voltooi. Die resultate aangaande die voorkoms van depressie en geslagsverskille ten opsigte van die voorkoms van depressie het ooreengestem met internasionale statistiek. Hierdie studie het egter bevind dat meer respondente een of meer simptome van depressie aangedui het op 'n gegewe tyd as wat bronne in die literatuur aandui. Verder is ook bevind dat sommige van die ontwikkelingstake van adolessente soortgelyk is aan sommige simptome van depressie. Verdere navorsing in Suid-Afrika aangaande die voorkoms van depressiesimptome by adolessente is aanbeveel.

ABSTRACT

A depressive mood disorder has been for the past decade the mood disorder with the highest prevalence in the general population. Independent studies done in South Africa indicated a prevalence of depression between 13% to 53%. These results do not concur with official published statistics indicating a prevalence of depression in 16% of the general population over a lifetime. Depression is probably under diagnosed by general practitioners and only a small proportion of adolescents with depression are recognised and even less receive any support for their depression. The aim of this study was to explore the following: the prevalence of symptoms of depression in grade 10 learners in schools in Stellenbosch, gender differences regarding the prevalence of depression symptoms in grade 10 learners, the prevalence of specific symptoms of depression and to explore similarities between symptoms of depression and the adolescent developmental phase. The study was conducted by means of the Beck Depression Inventory. The survey was conducted with 201 grade 10 learners with the necessary permission. The results regarding the prevalence of depression symptoms and gender differences regarding the prevalence of depression correlate with international statistics. This study found that more respondents indicated one or more symptom of depression at the given time than indicated by the literature. It was also found that some adolescent developmental tasks are similar to some symptoms of depression. Further research in South Africa regarding the prevalence of symptoms of depression was recommended.

BEDANKINGS

Ek wil graag die volgende persone bedank vir hul bydrae tot hierdie studie:

- Me. Mariechen Perold vir haar geduld en bevoegde studieleiding.
- Dr. Martin Kidd vir sy professionele bydrae as statistikus en die statistiese analise van die data.
- Mnr. Danie Steyl en me. Connie Park vir onderskeidelik die taal- en tegniese versorging van hierdie werk.
- Die bereidwilligheid van die WKOD, die betrokke skoolhoofde, ouers en leerders wat toestemming verleen het vir die data-insameling.
- Morné vir sy ewige geduld, aansporing en geloof in my vaardighede.
- My familie en vriende vir hul begrip en ondersteuning.

INHOUDSOPGAWE

HOOFSTUK 1

AKTUALITEIT, PROBLEEMSTELLING EN DOELSTELLINGS1

1.1	INLEIDING	1
1.2	AKTUALITEIT EN KONTEKSTUALISERING VAN DIE PROBLEEM	2
1.3	NAVORSINGSVRAE	4
1.4	NAVORSINGSONTWERP	5
1.4.1	Inleiding.....	5
1.4.2	Navorsingsmetodes	5
1.4.2.1	<i>Literatuuroorsig</i>	5
1.4.2.2	<i>Steekproef</i>	6
1.4.2.3	<i>Prosedure</i>	7
1.4.3	Instrument	8
1.4.4	Data-analise	9
1.5	ETIESE OORWEGINGS	9
1.6	VERDUIDELIKING VAN TERME	10
1.6.1	Depressie	10
1.6.2	Simptoom	10
1.6.3	Adolescent	10
1.7	UITLEG VAN DIE STUDIE.....	10

HOOFSTUK 2

TEORETIESE AGTERGROND EN LITERATUUROORSIG12

2.1	INLEIDING	12
2.2	DENKSKOLE TEN OPSIGTE VAN DEPRESSIE	14
2.3	TEORETIESE MODELLE	16
2.3.1	Biologiese teorieë.....	17
2.3.1.1	<i>Genetika as die oorsaak van depressie</i>	18
2.3.1.2	<i>Amienedisregulasieteorieë</i>	19
2.3.1.3	<i>Endokriendisregulasieteorieë</i>	19
2.3.1.4	<i>Immuunsisteem</i>	20
2.3.1.5	<i>Teorieë oor die desinchronisasie van die slaap-wakker-siklus</i>	21

2.3.1.6	<i>Seisoenale ritmeversteurings</i>	21
2.3.2	Psigologiese teorieë	21
2.3.2.1	<i>Psigoanalitiese teorieë</i>	21
2.3.2.2	<i>Behavioristiese model</i>	25
2.3.2.3	<i>Kognitiewe teorieë</i>	25
2.3.3	Sosiale teorieë	28
2.4	META-TEORETIESE BEGRIP	28
2.5	KLASSIFIKASIE EN BENOEMING VAN GEMOEDSVERSTEURINGS	29
2.5.1	Major depressiewe versteuring	29
2.5.1.1	<i>Voorkoms van major depressiewe versteuring</i>	30
2.5.1.2	<i>Aanvang, verloop en uitkoms</i>	31
2.5.1.3	<i>Komorbiede versteurings</i>	32
2.5.1.4	<i>Geslagsverskille</i>	33
2.5.2	Distimiese versteuring	33
2.5.2.1	<i>Voorkoms van distimiese versteuring</i>	33
2.5.2.2	<i>Aanvang, verloop en uitkoms</i>	33
2.5.3	Bipolêre versteuring	34
2.5.3.1	<i>Voorkoms</i>	35
2.5.3.2	<i>Komorbiditeit</i>	35
2.5.3.3	<i>Aanvang, verloop en uitkoms</i>	36
2.5.3.4	<i>Etiologie</i>	36
2.6	GEMOEDSVERSTEURINGS BY ADOLESSENSIE	36
2.7	ONTWIKKELINGSFASE VAN ADOLESSENTE	38
2.8	DIAGNOSE VAN DEPRESSIE	39
2.8.1	Diagnostiese sisteme	39
2.8.2	Diagnostiese kriteria	40
2.8.3	Assessering van depressie	42
2.9	GEASSOSIEERDE KENMERKE	43
2.9.1	Intellektuele en akademiese funksionering	43
2.9.2	Kognitiewe versteurings	43
2.9.3	Negatiewe selfagting	44
2.9.4	Sosiale en portuurgroep-probleme	44
2.9.5	Familieprobleme	45
2.9.6	Selfmoord	45

2.10	ONDERSTEUNING VAN DEPRESSIE	46
2.10.1	Psigologiese opvoeding	46
2.10.2	Psigoterapie	47
2.10.2.1	<i>Psigodinamiese terapie</i>	47
2.10.2.2	<i>Kognitiewe gedragsterapie</i>	48
2.10.3	Gesin as ondersteuningsmiddel	48
2.10.4	Farmakologiese ondersteuning	48
2.11	BESTUUR VAN DEPRESSIE IN DIE SKOOLOMGEWING	49
2.12	SAMEVATTING	50

HOOFSTUK 3

NAVORSINGSONTWERP EN METODOLOGIE		51
3.1	INLEIDING	51
3.2	NAVORSINGSPARADIGMA	51
3.3	NAVORSINGSONTWERP EN METODOLOGIE	53
3.3.1	Inleiding	53
3.3.2	Kwantitatiewe navorsingsontwerp	54
3.4	ETIESE OORWEGINGS	55
3.5	DATA-INSAMELING	57
3.6	INSTRUMENT	58
3.6.1	Beck se hersiene depressievraelys van 1978 (BDI-IA)	59
3.6.2	Betroubaarheid en geldigheid van die BDI-IA	61
3.6.3	Betroubaarheid en geldigheid van die Afrikaanse vertaling van die BDI-IA	61
3.7	NAVORSINGPROSEDURES	62
3.7.1	Toestemming	62
3.7.2	Voltooing van vraelyste	62
3.7.3	Statistiese verwerking	63
3.8	BETROUBAARHEID EN GELDIGHEID	63
3.9	DATA-ANALISE	63
3.10	SAMEVATTING	63

HOOFSTUK 4

BEVINDINGE VAN DIE STUDIE: AANBIEDING

EN BESPREKING	65
4.1 INLEIDING	65
4.2 DEMOGRAFIESE INLIGTING VAN RESPONDENTE	65
4.3 AANBIEDING VAN DIE RESULTATE: VORIGE DIAGNOSE, OUDERDOM VAN VORIGE DIAGNOSE, MEDIKASIE EN/OF PSIGOTERAPIE ONTVANG	68
4.4 BESPREKING: VORIGE DIAGNOSE, OUDERDOM VAN VORIGE DIAGNOSE, MEDIKASIE EN/OF PSIGOTERAPIE ONTVANG	71
4.5 AANBIEDING: RESULTATE TEN OPSIGTE VAN TELLINGTOTALE	72
4.6 BESPREKING: RESULTATE TEN OPSIGTE VAN TELLINGTOTALE	75
4.7 AANBIEDING: RESULTATE VAN DIE BDI-IA-ITEMS	77
4.8 BESPREKING: RESULTATE VAN DIE BDI-IA-ITEMS	99
4.9 BETROUBAARHEID VAN DIE STUDIE	104
4.10 OPSOMMING EN GEVOLGTREKKING	104

HOOFSTUK 5

OPSOMMING, BEPERKINGE, KONKLUSIE EN ENKELE

AANBEVELINGS	107
5.1 INLEIDING	107
5.2 OPSOMMING	107
5.3 TEKORTKOMINGE VAN DIE STUDIE	108
5.3.1 Steekproef.....	108
5.3.2 Vraelys	108
5.4 SAMEVATTING	109
5.5 AANBEVELINGS	111
5.6 FINALE OPMERKINGS	112
BRONNELYS	113
ADDENDUM A	123
ADDENDUM B	125
ADDENDUM C	127
ADDENDUM D	129
ADDENDUM E	133
ADDENDUM F	137

LYS VAN TABELLE

Tabel 2.1:	Major depressiewe episode	41
Tabel 2.2:	Distimiese Versteuring.....	41
Tabel 4.1:	BDI-IA-item 1	78
Tabel 4.2:	BDI-IA-item 2	79
Tabel 4.3:	BDI-IA-item 3	80
Tabel 4.4:	BDI-IA-item 4	81
Tabel 4.5:	BDI-IA-item 5	82
Tabel 4.6:	BDI-IA-item 6	83
Tabel 4.7:	BDI-IA-item 7	84
Tabel 4.8:	BDI-IA-item 8	85
Tabel 4.9:	BDI-IA-item 9	86
Tabel 4.10:	BDI-IA-item 10	87
Tabel 4.11:	BDI-IA-item 11	88
Tabel 4.12:	BDI-IA-item 12	89
Tabel 4.13:	BDI-IA item 13	90
Tabel 4.14:	BDI-IA-item 14	91
Tabel 4.15:	BDI-IA-item 15	92
Tabel 4.16:	BDI-IA-item 16	93
Tabel 4.17:	BDI-IA-item 17	94
Tabel 4.18:	BDI-IA-item 18	95
Tabel 4.19:	BDI-IA-item 19	96
Tabel 4.20:	BDI-IA-item 20	97
Tabel 4.21:	BDI-IA-item 21	98

LYS VAN FIGURE

Figuur 4.1:	Geslagsverspreiding van die respondente.....	66
Figuur 4.2:	Verspreiding van respondente in skoolverband.....	67
Figuur 4.3:	Vorige diagnose.....	68
Figuur 4.4:	Ouderdom van vorige diagnose.....	69
Figuur 4.5:	Medikasie ontvang.....	70
Figuur 4.6:	Psigoterapie ontvang.....	70
Figuur 4.7:	Uiteensetting van tellingtotale.....	72
Figuur 4.8:	Uiteensetting van riglyne vir die interpretasie van tellingtotale	73
Figuur 4.9:	Geslagsverskille ten opsigte van tellingtotale	74
Figuur 4.10:	Verskille ten opsigte van tellingtotale in skoolverband.....	74
Figuur 4.11:	BDI-IA-item 1	78
Figuur 4.12:	BDI-IA-item 2	79
Figuur 4.13:	BDI-IA-item 3	80
Figuur 4.14:	BDI-IA-item 4	81
Figuur 4.15:	BDI-IA-item 5	82
Figuur 4.16:	BDI-IA-item 6	83
Figuur 4.17:	BDI-IA-item 7	84
Figuur 4.18:	BDI-IA-item 8	85
Figuur 4.19:	BDI-IA-item 9	86
Figuur 4.20:	BDI-IA-item 10	87
Figuur 4.21:	BDI-IA-item 11	88
Figuur 4.22:	BDI-IA-item 12	89
Figuur 4.23:	BDI-IA-item 13	90
Figuur 4.24:	BDI-IA-item 14	91
Figuur 4.25:	BDI-IA-item 15	92
Figuur 4.26:	BDI-IA-item 16	93
Figuur 4.27:	BDI-IA-item 17	94
Figuur 4.28:	BDI-IA-item 18	95
Figuur 4.29:	BDI-IA-item 19	96
Figuur 4.30:	BDI-IA-item 20	97
Figuur 4.31:	BDI-IA-item 21	98

HOOFSTUK 1

AKTUALITEIT, PROBLEEMSTELLING EN DOELSTELLINGS

Daar is min siektes bekend aan die mensdom wat so misverstaan, verkeerd gediagnoseer, gestigmatiseer en misken word as depressie (Oosthuizen, 2007, p. 9).

1.1 INLEIDING

Tydens my internskap by die Sentrum vir Studentevoorigting en -ontwikkeling by die Universiteit van Stellenbosch in 2007, het ek op 'n gereelde basis konsulteer met studente wat simptome van depressie ervaar. Hierdie simptome het in die meeste gevalle die studente se funksionering in verskeie areas soos akademie, sosiale verhoudings, gesinslewe en religie aangeraak. Wat opvallend is, is dat heelparty van hierdie studente nie voorheen met 'n gemoedversteuring gediagnoseer was nie, en dat 'n minderheid van die ander studente waarmee gekonsulteer is, wel in die verlede met depressie gediagnoseer is, maar nie behandeling soos medikasie en/of psigoterapie daarvoor ontvang het nie. Wat wel tydens inname onderhoude met hierdie studente na vore gekom het, is dat sommige van die studente in die verlede, veral tydens adolessensie, simptome van depressie begin ervaar het, maar dat hul nooit behandeling daarvoor ontvang het nie. 'n Minderheid van hierdie studente het ook gerapporteer dat hul aan selfmoord gedink het, en enkeles het reeds 'n selfmoordplan bedink.

Die besef dat die voorkoms van depressie onder jong volwassenes waarskynlik vroeër, in hul adolessente jare, 'n aanvang begin neem het, maar dat die simptome van depressie nie tydens hul skooljare deur ouers of onderwyspersoneel opgemerk is nie, het na vore gekom.

In hierdie hoofstuk word die aktualiteit van die probleem in konteks gestel. Daarna word die navorsingsvrae en doelstellings van hierdie studie uiteengesit en gevolg deur 'n bespreking van die navorsingsontwerp wat in

hierdie studie gevolg is. Etiese oorwegings word kortliks aangeraak (kyk hoofstuk 3 vir 'n gedetailleerde bespreking). Die hoofstuk word afgesluit met die verduideliking van terme waarna in hierdie studie verwys word.

1.2 AKTUALITEIT EN KONTEKSTUALISERING VAN DIE PROBLEEM

Depressiesimptome onder adolessente is 'n verskynsel wat nie onbekend aan die algemene populasie is nie en word op 'n gereelde basis deur die media en medici aangespreek. In hierdie afdeling word die aktualiteit van die probleem van depressiesimptome onder adolessente ondersoek en die probleem word in konteks geplaas.

'n Depressiewe gemoedsversteuring is die afgelope dekade reeds die gemoedsversteuring met die hoogste voorkoms onder die algemene populasie (Wolman & Stricker, 1990). Onafhanklike studies in Suid-Afrika het aangedui dat die voorkoms van depressie onder die steekproewe tussen 13% tot 53% wissel (Swart, 2006). Hierdie resultate stem egter nie ooreen met amptelike gepubliseerde statistiek wat aandui dat die voorkoms van depressie slegs onder 16% (Barlow & Durand, 2005) van die algemene populasie oor 'n leeftyd voorkom nie. Navorsing dui daarop dat algemene praktisyns depressie waarskynlik onderdiagnoseer (Strauss, Gagliano, Van Rensburg, De Wet & Strauss, 1995) en dat die voorkoms veel hoër is as wat algemeen aanvaar word. Martin en Cohen (2000) benadruk ook die feit dat slegs 'n klein porsie van adolessente met depressie herken word en dat selfs minder behandeling, hetsy medikasie of psigoterapie, daarvoor ontvang. Bogenoemde outeurs dui ook aan dat 'n dringende behoefte bestaan aan sistematiese en gekontroleerde studies wat die ondersteuning van kinders en adolessente met depressie kan aanspreek met die oog op die verbetering en langtermynaanpassing van kinders en adolessente met depressie.

Epidemiologiese en longitudinale opvolgstudies van adolessente met depressie dui op hoë vlakke van herhaalde terugkeer van die simptome, progressie na chroniese toestande en die voortsetting van depressie na volwassenheid. 'n Studie deur Lewinsohn en kollegas (Martin & Cohen, 2000) dui aan dat slegs een uit elke vier adolessente met depressiesimptome wat

ondersoek is, teen die ouderdom van 24 jaar vry van depressie was. 'n Volle twee derdes van die steekproef in hierdie studie het alleenlik depressie of 'n nie-gemoedsversteuring of 'n kombinasie van die twee teen die ouderdom van 24 jaar ontwikkel.

Met inagneming van die uiteenlopende statistiek aangaande die voorkoms van depressie op internasionale en nasionale vlakke, asook die gebrek aan navorsing oor depressiesimptome in die Stellenbosch omgewing, het 'n gaping in navorsing na vore gekom waarvoor ondersoek ingestel kon word. Hierdie ondersoek kan verder oorgaan na bewusmaking en intervensie met betrekking tot groeiende probleme rondom depressiesimptome in skoolgemeenskappe.

Die groeiende voorkoms van geïnternaliseerde probleme by adolessente, waaronder depressie, en die effek wat dit op algemene funksionering het, open 'n unieke geleentheid vir opvoedkundige sielkundiges om deel te neem aan pogings tot vroeë identifikasie, assessering, effektiewe ondersteuning, deurlopende monitering, die integrasie van adolessente met depressie in die skoolsisteem en die daarstelling van 'n kontinuum van ondersteuning vir adolessente met depressie (Tucker, 2004). Tucker (2004) noem verder dat deurlopende sifting deur middel van vraelyste in die skoolopset aangewend kan word as 'n middel tot voorkoming, vroeë identifikasie en die ontwikkeling van intervensieprogramme.

In hierdie studie het ek hoofsaaklik gefokus op die gebruik van die Beck Depressie Vraelys (BDI), meer spesifiek die BDI-IA vertaling in Afrikaans, om die voorkoms van depressiesimptome by hoërskoolleerders in die Stellenbosch-omgewing te bepaal. Die items van hierdie vraelys gee 'n aanduiding van watter depressiesimptome deur adolessente ervaar word, sodat ten minste voorkomende maatreëls in plek gestel kan word.

Die BDI-IA as instrument in hierdie studie word in hoofstuk 3 bespreek. Die navorsingsvrae wat hieronder uitgelig word, lei die studie deur gebruik te maak van die BDI-IA om depressiesimptome van adolessente te bepaal.

1.3 NAVORSINGSVRAE

Die navorsingsvrae staan sentraal tot die bevindinge en konklusie van hierdie studie. Soos reeds genoem, is daar tot op hede geen studie oor depressiesimptome onder hoërskool leerders in Stellenbosch gedoen nie. Hierdie gaping in navorsing oor depressiesimptome onder adolessente het gelei tot die primêre navorsingsvraag, naamlik wat die voorkoms van depressiesimptome by leerders in graad 10 in skole in die Stellenbosch omgewing is. Sekondêre vrae van hierdie studie sluit eerstens in of daar 'n verskil tussen die voorkoms van depressiesimptome by graad 10-seuns en graad 10-meisies bestaan. 'n Tweede sekondêre navorsingsvraag ontstaan oor watter spesifieke depressiesimptome by die leerders voorkom. 'n Derde en laaste sekondêre navorsingsvraag wat die studie lei, handel oor die ooreenkomste tussen simptome van depressie by graad 10-leerders en die ontwikkelingsfase waarin hulle hul bevind.

Buiten die navorsingsvrae wat hierbo genoem is, het ek vier doelstellings met die studie ten doel, wat die navorsingsvrae reflekteer. Ten einde volledigheid, word die doelstellings van hierdie studie soos volg uiteengesit:

1. Om ondersoek in te stel na die voorkoms van depressiesimptome by graad 10-leerders in die Stellenbosch-omgewing.
2. Om ondersoek in te stel na die verskille in die voorkoms van depressie by die twee geslagte in graad 10.
3. Om te bepaal watter simptome van depressie by graad 10-leerders in die Stellenbosch omgewing voorkom.
4. Om ondersoek in te stel na die ooreenkomste tussen simptome van depressie by graad 10-leerders en die ontwikkelingsfase waarin graad 10-leerders hul bevind.

Hierdie doelstellings is bereik deur die beantwoording van die navorsingsvrae deur middel van die statistiese verwerking van die resultate soos verkry deur die voltooiing van die BDI-IA-vraelyste deur graad 10-leerders. Die

navorsingsvrae is beantwoord deur die lens van 'n post-positivistiese navorsingsparadigma waar gebruik gemaak is van 'n kwantitatiewe navorsingsontwerp wat die voltooiing van 'n selfrapportvraelys insluit.

1.4 NAVORSINGSONTWERP

1.4.1 Inleiding

'n Navorsingsontwerp is letterlik die plan van aksie van wat presies tydens die studie sal plaasvind (Berg, 1998). Dit het ten doel om struktuur aan die navorsingsproses te gee deur logiese beplanning sodat die navorsingsvrae aangespreek word (Babbie, 2004). Die navorsingsontwerp rig die studie vanaf die aanvangsfase waar die navorsingsvrae gestel word tot met die eindresultaat van die navorsing (Mouton, 2001).

In hierdie studie is gewerk vanuit 'n post-positivistiese navorsingsparadigma waar gebruik gemaak word van 'n nie-eksperimentele kwantitatiewe metode deur middel van 'n vraelys wat geskik is vir die bepaling van depressie simptomatologie, 'n literatuuroorsig en 'n statistiese analise. Volgens Muijs (2004) is die gebruik van vraelyste die mees populêre metode in kwantitatiewe ontwerpe. Die post-positivistiese paradigma wat die navorsing gerig het, word in afdeling 3.2 bespreek. Die navorsingsmetodes wat in hierdie studie gevolg is, word volgende bespreek.

1.4.2 Navorsingsmetodes

Die navorsingsmetodes, wat die literatuuroorsig, steekproef en die prosedures wat in hierdie studie gevolg is, insluit, word vervolgens bespreek.

1.4.2.1 *Literatuuroorsig*

Die doel van die literatuuroorsig is om 'n teoretiese raamwerk vir die navorsing daar te stel. Die literatuuroorsig maak nuwe ontwikkelinge in die veld van studie aan die navorser bekend, identifiseer tekortkominge binne reeds bestaande navorsing, ontdek ooreenkomste, analogieë en verhoudings in bestaande navorsingsresultate en help met die konseptualisering en kontekstualisering van die studie (Bless, Higson-Smith & Kagee 2006). 'n

Diepgaande literatuuroorsig is gedoen voor die studie aangepak is. Die doel hiervan was om te bepaal waar daar 'n gaping in die navorsing is en ook om die navorser se posisie in die navorsing ten opsigte van bestaande literatuur oor depressiesimptome te oriënteer. As navorser het ek deur middel van 'n literatuuroorsig die geleentheid gehad om myself binne die verskillende teoretiese raamwerke in die veld van depressie te oriënteer. Die teoretiese perspektiewe word in hoofstuk 2 bespreek.

1.4.2.2 Steekproef

Die navorsingspopulasie maak 'n belangrike deel uit van die sukses van 'n navorsingstudie. Die keuse van 'n gepaste steekproef gaan gepaard met besluite rondom watter deelnemers, opsette, gebeure, gedrag en sosiale prosesse ondersoek gaan word (Terre Blanche & Durrheim, 1999). Vir die doeleindes van hierdie studie het ek gebruik gemaak van 'n nie-waarskynlikheidsteekproef, en meer spesifiek van 'n doelgerigte en gerieflikheidsteekproef.

Die steekproef bestaan uit 201 Afrikaanssprekende graad 10-leerders uit vier hoërskole in Stellenbosch. Die skole is gekies na aanleiding van kriteria soos toeganklikheid vir die navorser, samewerking van die skoolhoof, gunstige logistiek en finansiële koste. Verdere kriteria sluit in dat die leerders almal Afrikaanssprekend is en van verskillende sosio-ekonomiese en kultuuragtergronde afkomstig is. Die vier skole is gekies aangesien dit gemengde geslagsgroepe asook enkelgeslagpopulasies verteenwoordig. Stellenbosch is geleë in die Kaapse Wynlanddistrik. Volgens 'n verslag van die plaaslike regering van die Kaapse Wynlanddistrik (2007) is die populasie van hierdie distrik ongeveer 658 000, met 45% van die populasie onder die ouderdom van 25 jaar. Volgens die bogenoemde verslag bestaan hierdie distrik uit 'n diverse populasie en word diverse ekonomiese aktiwiteite bedryf. Verder is skole in Stellenbosch gekies aangesien leerders wat in Stellenbosch skoolgaan hulself oor die algemeen in 'n omgewing bevind waar daar studentebedrywighede is wat die skoolmilieu tog van skole in ander omgewings onderskei. 'n Gerieflikheidsteekproef kan in kwantitatiewe navorsing gebruik word. Dit word egter benadruk dat die

veralgemeenbaarheid van 'n gerieflikheidsteekproef nie hoog is nie en dat veralgemeenbaarheid ten alle koste vermy behoort te word (Thomas, 2006). Thomas (2006, p. 401) noem die volgende:

Regardless of the rigor of the nonprobability sampling scheme, once one enters the realm of nonprobability sampling, the only valid use of quantitative methods is that of describing the characteristics of those sampled.

Thomas noem hier dat 'n nie-waarskynlikheidsteekproef wel gebruik kan word wanneer die navorsing poog om te beskryf wat bevind is. In hierdie studie is die primêre doel om die voorkoms van depressiesimptome by Afrikaanssprekende graad 10-leerders in Stellenbosch te bepaal en beskryf. Die doel hier is nie om die bevindinge met die algemene populasie te vergelyk nie, maar wel om bevindinge weer te gee.

1.4.2.3 Procedure

Die prosedure wat in hierdie studie gevolg is, het 'n aanvang geneem deurdat toestemming by die onderskeie betrokke instansies en die deelnemers self verkry is. Toestemming is van die Wes-Kaapse Onderwysdepartement verkry om tot einde Mei 2008 toegang tot die skole te verkry (Addendum A). Aangesien die studie 'n onderwerp soos depressiesimptome by adolessente ondersoek, kan onetiese optrede tot ernstige nadelige gevolge vir die deelnemers lei. As gevolg van die etiese kwessies rondom 'n ondersoek na depressiesimptome by minderjariges is ook toestemming by die Etiek Komitee van die Universiteit van Stellenbosch verkry (Addendum B). Om die Beck Depressievraelys te gebruik, is die uitgewer se toestemming verkry (Addendum C).

Persoonlike afsprake is met die skoolhoofde gemaak, van wie die navorser geskrewe toestemming verkry het om toegang tot die skole te verkry om die data in te samel (Addendum D). Toestemmingsvorme vir ouers en voogde is deur die navorser aan die deelnemers by drie van die skole verduidelik en versprei (Addendum E). Weens logistiese probleme is die toestemmingsbriewe deur 'n gekwalifiseerde berader by die vierde skool aan

die deelnemers verduidelik en versprei. Die toestemmingsbriewe bevat ook 'n afdeling waar die deelnemer self inwillig om aan die studie deel te neem. Die toestemmingsvorm is deur die betrokke skoolvoorligters of berader ontvang. Die deelnemers het die vraelyste gedurende skoolure voltooi, en die navorser het dit onder die toesig van 'n geregistreerde sielkundige laat voltooi. Die data is daarna statisties verwerk en word hier gerapporteer. Die deelnemers wat ernstige vlakke van depressiesimptome getoon het, is na professionele praktisyns verwys.

Die vraelys, asook motivering vir die gebruik van die spesifieke vraelys wat in die studie gebruik is, word kortliks hieronder bespreek. Vir 'n volledige bespreking, kyk afdeling 3.6.1.

1.4.3 Instrument

Die Afrikaanse vertaling van 'n hersiene Beck Depressievraelys (BDI-IA) is in hierdie studie gebruik (Addendum F). Die keuse van die BDI-IA is gelei deur verskeie literatuurbronne wat aandui dat die BDI, en die verskeie uitgawes van die BDI, van die mees populêre instrumente is wat wêreldwyd gebruik word as 'n siftingsvraelys vir die voorkoms van depressiesimptome en ook as 'n instrument wat die graad van depressie bepaal (Beck et al., 1961; Beck et al., 1996; Carstens, 1995; Lasa et al., 2000; Michalak et al., 2004; Segal et al., 2008). Volgens Michalak et al. (2004) is die BDI en die BDI-II oor die jare in meer as 2000 studies gebruik en getuig dit van hoë betroubaarheid, inhoudgeldigheid en die vermoë om tussen depressiewe en nie-depressiewe subjekte te kan diskrimineer.

Die keuse vir die BDI, meer spesifiek die BDI-IA, word verder gemotiveer deurdat Steer et al. (1998) noem dat die BDI-IA een van die mees toegepaste selfrapporteringsvraelyste is vir die meet en opsporing van depressie onder adolessente. Steer et al. (1998) verwys daarna dat hierdie hersiene weergawe van die BDI se psigometriese eienskappe ondersoek is oor 'n verskeidenheid van adolessente kliniese en nie-kliniese populasies en dat dit aanvaarbaar is. Olsson en Van Knorring (1997) sluit hierby aan en noem verder dat die BDI genoegsaam differensieer tussen depressiewe en nie-depressiewe

adolessente populasies. Larsson en Melin (1990) stel ook voor dat die BDI 'n waardevolle siftingsinstrument is vir die identifisering van depressiewe episodes onder adolessente. Die grootste motivering by die navorser vir die gebruik van die spesifieke BDI-IA, is dat die steekproef hoofsaaklik Afrikaanssprekend is en dat die bogenoemde uitgawe van die BDI in 1988 in Afrikaans vertaal is.

A.T. Möller het die vraelys in 1988 in Afrikaans vertaal. Die vertaling is deur middel van die Brislin-metode van terugvertaling gedoen, maar is nie gestandaardiseer nie (Storkey, 2006). Die BDI-IA is instrument met 21 items wat die graad van depressie by volwassenes en adolessente van 13 jaar en ouer meet.

1.4.4 Data-analise

Statistiese verwerking van die data het plaasgevind om die navorsingvrae te beantwoord. Vir hierdie doel is frekwensietabelle, gemiddeldes, minimum- en maksimumwaardes gebruik. Verder is van 'n een-rigting-variensieanalyse gebruik gemaak, en Bonferroni-aanpassings is gebruik om meervoudige toetsing te korrigeer.

1.5 ETIESE OORWEGINGS

Navorsers betrokke by sosiale wetenskaplike navorsing behoort bewus te wees van algemeen aanvaarde etiese standaarde binne 'n spesifieke professie (Babbie, 2004). Skriftelike toestemming is van al die betrokke partye verkry.

Verdere etiese oorwegings ten opsigte van hierdie studie is dat al die deelnemers vrywillig aan die studie deelgeneem het aangesien persoonlike inligting oor die deelnemers se gemoedstoestand ondersoek is. Verder is toegesien dat deelnemers op geen manier skade berokken is nie. Alle inligting van die deelnemers is konfidensieel en anoniem hanteer. Die data is veilig by die navorser gestoor. Die navorser het ook toegesien dat konfidensialiteit tydens die statistiese verwerking van die data geskied deurdat die deelnemers se toelatingsnommers anoniem gehou is. Die deelnemers is ingelig dat die

navorsing deel uitmaak van 'n navorsingstudie waarvan die resultate moontlik in 'n gepubliseerde artikel sal verskyn.

1.6 VERDUIDELIKING VAN TERME

1.6.1 Depressie

In hierdie studie verwys die term *depressie* na 'n gemoedstoestand van bedruktheid, pessimistiese denkbeeldvorming, verlies aan belangstelling in mense en die verlies aan die ervaring van plesier in aktiwiteite. Telkens waar in hierdie studie na depressie verwys word, word verwys na die bogenoemde simptome wat kenmerkend is van Major Depressiewe Versteuring (MDV).

1.6.2 Simptoom

'n Simptoom kan beskryf word as die subjektiewe indikasie van 'n versteuring deur 'n geaffekteerde individu eerder as 'n waarneming deur 'n navorser.

1.6.3 Adollesent

In hierdie studie word verwys na die terme *adollesent* en *adolessensie*. Hierdie terme verwys na die periode van ontwikkeling vanaf die aanvang van puberteit tot met die aanvang van volwassenheid. Adollessensie word beskryf as die lewensfase vanaf naastebly die ouderdomme van 11 tot 13 jaar en duur voort deur die tienerjare totdat dit wetlik op die ouderdom van 18 jaar termineer (Colman, 2006).

1.7 UITLEG VAN DIE STUDIE

Terwyl die leser nou bewus is van die motivering vir die studie, volg 'n bespreking van die literatuuroorsig wat gedoen is. In **hoofstuk 2** word verskeie teoretiese perspektiewe aangaande die ontstaan van depressie bespreek. Hoofstuk 2 sluit ook besprekings in rondom die simptome van depressie, die assessering en behandeling van depressie, die ontwikkelingsfase van adolessensie en die ooreenkomst tussen depressiesimptome en adolessensie as ontwikkelingsfase. Daarop volg

diagnostiese kriteria van depressie en die impak van depressiesimptome op die opvoedkundige milieu.

In **hoofstuk 3** word die navorsingsparadigma en -metode bespreek. **Hoofstuk 4** bied 'n bespreking van die bevindinge, en **hoofstuk 5** dien as 'n samevatting van die studie en bied enkele aanbevelings en potensiele gapings in die bestaande navorsing oor depressie by adolessente en hul skoolomgewing.

HOOFSTUK 2

TEORETIESE AGTERGROND EN LITERATUUROORSIG

2.1 INLEIDING

Depressie is sedert die antieke tye erken as 'n geestesversteuring. Hippocrates (470-360 B.C.) het melankolie gedefinieer as een van drie kategorieë van geestesversteurings. Hippocrates het geglo dat 'n oormaat van donker gal depressiewe simptome in mense veroorsaak. In 1621 is *The Anatomy of Melancholy* gepubliseer, waarin Robert Burton die etiologie van depressie soos volg omskryf:

Parents, and such as have the tuition and oversight of children, offend many times in that they are too stern, always threatening, chiding, brawling, whipping or striking, by means of which, their poor children are so disheartened and cowed that they never after have any courage, a merry hour in their lives, or take pleasure in anything (Weller & Weller, 1984, p. 2.)

Gemoedsversteurings onder kinders en adolessente is 'n geestesversteuring waar gemoed die sentrale kenmerk is. Gemoed kan beskryf word as gevoelens of emosies soos hartseer, geluk, woede of buierigheid (Hamman & Rudolph, 2003; Mash & Wolfe, 2005). Kinders met gemoedsversteurings ervaar ernstige, konstante of gebrekkige regulasie van emosionele toestande/state soos oormatige ongelukkigheid en wispelturige buie wat wissel van pyn en hartseer tot hoë elevasie van gemoed. Gemoedsversteurings is een van die mees algemene, chroniese en stremmende versteurings onder jongmense. Dit affekteer ongeveer 6% van alle kinders op enige gegewe tyd in die VSA (Mash & Wolfe, 2005).

Gemoedsversteurings kom voor oor 'n spektrum. Aan die een kant is ernstige simptome van ongelukkigheid en hartseer wat oor 'n verlengde tydperk voorkom (disforie genoem) (Hamman & Rudolph, 2003). Kinders met depressie ervaar min of geen geluk in enigiets wat hul doen en verloor bykans

al hul belangstelling in aktiwiteite (sogenaamde anhedonie) (Hamman & Rudolph, 2003). Baie jongmense ervaar gekombineerde gevoelens van hartseer en gebrek aan belangstelling, maar meld dit nooit aan nie. Hulle beeld eerder hul depressie uit as 'n irritasie met mense in hul omgewing en ook in die vorm van gedragsprobleme (Hamman & Rudolph, 2003; Stark et al., 2000). Volgens Goodyer en Cooper (Mash & Wolfe, 2005) kom 'n geïrriteerde gemoed in bykans 80% van kliniese verwysings onder kinders met depressie voor. Aan die ander kant van die spektrum is 'n kleiner proporsie kinders wat maniese episodes ervaar. 'n Maniese episode kan verduidelik word as abnormale gevoelens van uitermatige vreugde en gevoelens van euforie wat as 'n oordrewe gesindheid van geluk en welstand gestalte verkry. 'n Versteuring waar maniese episodes afgewissel met depressiewe fases word, word *bipolêre versteuring* genoem (Mash & Wolfe, 2005).

Die term *depressie* word in die algemeen op verskillende wyses gebruik. Dit is belangrik dat 'n onderskeid getref word tussen depressie as 'n simptome, depressie as 'n sindroom en depressie as 'n versteuring. Mash en Wolfe (2005) verduidelik die verskillende gebruike van die term depressie soos volg: Depressie as 'n simptome verwys na gevoelens van hartseer en ongelukkigheid. Simptome van depressie kom soms voor sonder dat die adolessent aan ernstige of diagnoseerbare depressie ly en kom by ongeveer 40% tot 50% van alle kinders en adolessente voor (Mash & Wolfe, 2005; Sund, Larsson & Wichstrøm, 2001). Hierdie simptome is vir die meeste kinders en adolessente tydelik, hou verband met gebeure in hul omgewing en vorm nie deel van 'n versteuring nie. Depressie as 'n sindroom is meer as net 'n hartseer gemoed. 'n Sindroom verwys na 'n groep simptome wat meer gereeld as toevallig gepaard gaan. Hartseer mag byvoorbeeld gepaard gaan met verlies aan belangstelling in aktiwiteite asook kognitiewe, motiverings-, somatiese en psigomotoriese veranderinge. Die voorkoms van depressie as 'n sindroom kom minder as blote simptome van depressie voor. Depressie as 'n sindroom kan ook gepaard gaan met ander versteurings soos gedragsversteuring en aandagtekort-hiperaktiwiteit-versteuring (AT/HV). Depressie as 'n versteuring behels 'n sindroom wat vir ten minste twee weke

voortduur en word geassosieer met ernstige beperkings ten opsigte van funksionering in verskeie lewensareas.

Vir die beter verstaan van depressie oor die algemeen, sal die teoretiese perspektiewe en verskillende teoretiese modelle bespreek word. Daarna volg die klassifikasie en benoeming van gemoedsversteurings asook gemoedsversteurings spesifiek tydens adolessensie. In die afdelings wat daarop volg word die diagnose en assessering van depressie bespreek, gevolg deur 'n bespreking oor geassosieerde kenmerke van depressie en die ondersteuning van depressie. 'n Samevatting sluit die hoofstuk af.

2.2 DENKSKOLE TEN OPSIGTE VAN DEPRESSIE

Stoppard (2000) definieer depressie soos volg: Dit is eerstens 'n kondisie van binne 'n individu. Hierdie kondisie het 'n sekere stel spesifieke kenmerke wat deur die individu gerapporteer word of wat deur ander individue waargeneem word. Die spesifieke simptome sluit gevoelens van hartseer, verwerping, hopeloosheid, 'n pessimistiese houding omtrent die self, die situasie en die toekoms, verminderde ervaring van plesier en sosiale onttrekking wat ervaar word, in. Verskeie fisieke of somatiese klagtes soos liggaamspyne, slaapversteurings, moegheid, verlies aan aptyt en in sommige gevalle ook gedagtes aan selfmoord kom voor.

Enige persoon kan op sekere stadiums van sy of haar lewe ongelukkig of hartseer voel. Soms lei gebeure of omstandighede daartoe dat 'n persoon teneergedruk voel, en soms is die rede vir 'n teneergedrukte gemoed onbekend, maar steeds kan die persoon met daaglikse funksionering voortgaan. Kliniese depressie verskil van 'n blote lae gemoed in die sin dat dit 'n ernstiger graad van lae gemoed is. Wolman en Stricker (1990) verwys na depressie as 'n term wat beskrywend van aard is vir negatiewe gevoelens soos frustrasie, teleurstelling en rou:

Depression as a psychopathological term means the *feeling of helplessness associated with blaming oneself for being helpless*. Helpless anger directed against oneself and others and feeling guilty for being weak are the essential elements of depression (Wolman & Stricker, 1990, p. 118).

In die afgelope paar jaar het hoofsaaklik vier verskillende denkskole ten opsigte van depressie by kinders en adolessente ontstaan. Die eerste van die vier denkskole wat hier beskryf word is dié van die psigoanaliste wat aandui dat depressie glad nie bestaan nie. Volgens die konsep van psigoanalise kan depressie nie by kinders bestaan nie, aangesien 'n kind se persoonlikheidsstruktuur onvolwasse is en die ontwikkelingsfase waarin kinders hulle bevind, hulle nie in staat stel om depressiewe neurose te ontwikkel nie (Anderson & McGee, 1994; Nurcombe, 1994; Weller & Weller, 1984). Psigoanaliste huldig die opinie dat kinders voor adolessensie nie die superego ontwikkeling het om waarlik depressief te kan wees nie (Nurcombe, 1994). Binne hierdie denkraamwerk word geargumenteer dat kinders minder as volwassenes deur objekverlies geaffekteer word. Lefkowitz en Burton (Matson, 1989; Weller & Weller, 1984) is van mening dat depressie in kinders eerder 'n ontwikkelingsfenomeen as 'n geestesversteuring is en dat, indien gedrag wat met simptome van depressie korreleer by normale kinders voorkom, dit nie as patologies beskou kan word nie, en daarom bestaan depressie nie by kinders. Wanneer kinders ongelukkig, geïrriteerd of ontsteld is, word hul gedrag en ervaring dikwels deur ouers beskou as 'n negatiewe gemoed wat 'n reaksie op 'n gebrek aan slaap of knieserigheid is. Denkers binne hierdie paradigma het verder aangevoer dat indien die simptome van depressie oor tyd verdwyn, dit nie depressie kan wees nie en dat simptome wat vanself verdwyn nie behandeling nodig het nie (Hamman & Rudolph, 2003; Stark et al., 2000). Vir 'n lang tydperk is geglo dat kinders nie depressief kan word nie en dat, indien depressiewe simptome voorkom, dit van korte duur is. Vandag weet ons dat dit nie waar is nie. In Amerika alleen ly ongeveer 800 000 adolessente aan depressie en meer as 500 000 probeer selfmoord pleeg (Mash & Wolfe, 2005).

'n Tweede denkskool handhaaf die uitgangspunt dat depressiesimptome onder kinders en volwassenes in 'n hoë mate dieselfde is, maar dat depressie by kinders ook addisionele simptome soos enurese, fobiese gedrag, aggressie en simptomatiesse klagtes toon (Anderson & McGee, 1994).

Derdens meen die mees kontroversiële denkskool dat kinderdepressie en volwasse depressie verskil, aangesien volwasse depressie openlik voorkom en dat kinderdepressie gemaskeer is (Hamman & Rudolph, 2003; Nurcombe, 1994). Volgens hierdie denkraamwerk sluit versluierde simptome van depressie by kinders die volgende in: uiterlike wangedrag, verswakte skoolprestasie, skoolfobie, somatiese klagtes, buierigheid, woede-uitbarstings, geneigdheid tot ongelukke, fobies, weglopery en brandstigting. Denke in hierdie verband is gerig op die aanname dat kinders depressiesimptome afweer en verbloem deur die vertolking van aggressiewe gedrag. Kinders kan nie depressiewe gevoelens verduur nie en dit kan nie voortduur nie, aangesien die kind nie lang en intense gevoelens van hartseer kan verdra nie (Matson, 1989; Nurcombe, 1994). Wat hierdie denkgroep van die tweede onderskei, is die feit dat hierdie groep wel erken dat minder volwasse simptome by depressie onder kinders voorkom (Weller & Weller, 1984). Denkskole wat die konsep van gemaskerde depressie handhaaf, het ernstige kritiek in die kliniese veld ontlok en het mettertyd al hoe minder aanklank in kliniese situasies gevind. Wat problematies omtrent hierdie benadering is, is dat dié hipotese bykans alle wangedrag as depressie beskou en ander algemene versteurings soos gedragsversteuring of AT/HV nie langer as 'n geestesversteuring onder kinders bestaan nie. 'n Alternatiewe verklaring bestaan egter: komorbiede versteurings wat nie hier erken word nie. Komorbiede versteurings word later in hierdie hoofstuk bespreek.

Die laaste denkraamwerk omtrent depressie onder kinders is die gedagte dat kinderdepressie, veral ten opsigte van adolessente, soortgelyk is aan volwasse depressie en dat dit wel deur die gebruik van kriteria vir volwassenes gediagnoseer kan word (Anderson & McGee, 1994). Hierdie denkraamwerk is die vertrekpunt van hierdie studie.

2.3 TEORETIESE MODELLE

Teoretiese formulering van die ontstaan en bestaan van depressie is belangrik, aangesien teorieë in hierdie verband professionele persone kan lei en help verstaan hoe depressie gediagnoseer, ondersteun en voorkom kan word. Histories is baie teoretiese raamwerke vir die ontstaan, aanvang, duur

en verloop van depressie voorgestel. Hierdie teorieë word toegepas of met depressie onder kinders en adolessente in verband gebring. Dit is egter belangrik om in ag te neem dat geen enkele teorie depressie as 'n fenomeen volledig kan verduidelik nie. As navorser verkies ek om die etiologie van depressie vanuit 'n meta-teoretiese raamwerk te beskou. Die verskillende teoretiese teorieë word vervolgens bespreek.

2.3.1 Biologiese teorieë

History is baie aandag gevestig op biologiese oorsake van depressie by volwassenes. Hierdie kennis of bevindinge is dan net so oorgedra op depressie by kinders en adolessente. Tydens die sewentiger- en tagtigerjare het navorsing wel bewys dat die voorkoms van depressie onder kinders styg namate kinders ouer word (Hamman & Rudolph, 2003; Mash & Wolfe, 2005; Matson, 1989; Stark et al., 2000). Die ontwikkelingsvlak van 'n persoon speel 'n belangrike rol in die biologiese model. In hierdie sin is die mees algemeen aanvaarde perspektief dat ontwikkeling op 'n ordelike wyse progressief is, van 'n toestand van relatiewe globale responsiwiteit en gebrekkige differensie tot 'n toename in kompleksiteit en organisasie. Psigopatologie vind plaas indien daar 'n gebrek aan integrasie is of ordelike progressiewe ontwikkeling nie plaasvind nie. Bemporad en Wilson (Matson, 1989) het in 1978 die stelling gemaak dat 'n kind se emosionele belewenis deur sy of haar vlak van kognitiewe ontwikkeling bepaal word. Behalwe die biologiese oorsake dra omgewingsoorsake soos 'n familiegeskiedenis van depressie ook by tot die voorkoms van depressie by kinders.

Biologiese teorieë oor die etiologie en onderhoud van depressie kan volgens Carr (2006) in ses klasse verdeel word. Biologiese teorieë wat verband hou met depressie is nog in 'n vroeë stadium van ontwikkeling weens die kompleksiteit daarvan, maar is ook besig om uit te brei soos vooruitgang in die mediese veld plaasvind (Carr, 2006; Wolman & Stricker, 1990). Ten spyte van die werk wat reeds in hierdie veld gedoen is, waarsku Goodyer (Sund, Larsson & Wichstrøm, 2001) dat die meeste navorsing in hierdie verband op depressiewe volwassenes eerder as kinders of adolessente fokus, en dat

biologiese abnormaliteite wat by volwassenes gevind is in die meeste gevalle nie by kinders en adolessente gevind is nie.

Biologiese teorieë sluit in teorieë oor genetiese faktore wat bydra tot depressie, amienedisregulasieteorieë, endokriendisregulasieteorieë, teorieë oor disfunksie in die immuunsisteem, slaap-wakker-ritme-desinchronisasieteorieë en teorieë wat fokus op seisoenale ritmeversteuring (Carr, 2006).

2.3.1.1 *Genetika as die oorsaak van depressie*

Studies gedoen op tweeling, aangenome kinders en familiestudies stel voor dat die predisposisie tot gemoedsteuringe geneties oorgedra word (Carr, 2006; Hamman & Rudolph, 2003; Kaslow, Brown & Mee, 1994; Nevid, Rathus & Greene, 2000; Oosthuizen, 2007). Die presiese biologiese eienskappe wat geneties oorgedra word en die meganismes wat vir die oordrag verantwoordelik is, is onbekend.

Die genetiese oordag van depressie word waarskynlik nie net deur een geen veroorsaak nie, maar 'n predisposisie om depressie te kry hang waarskynlik af van die biologiese kwesbaarheid vir die versteuring van een of meer van die betrokke sisteme soos die amienesisteem, endokriene sisteem en die immuunsisteem, abnormaliteite in die slaap-wakker-ritme en die seisoenale voorkoms van depressie en dat 'n verskeidenheid gene wel tot die risiko vir die ontwikkeling van depressie bydra (Carr, 2006; Oosthuizen, 2007; Wolman & Stricker, 1990).

Teorieë aangaande die genetiese oordag van depressie dui daarop dat sekere individue 'n geneigdheid tot abnormaliteite in neurofisiologiese of endokriene sisteme het en dat hierdie geneigdheid oorerflik is. Poligenetiese meganismes is vir die oordag van genetiese eienskappe verantwoordelik (Carr, 2006).

2.3.1.2 Amienedisregulasieteorieë

Amienedisregulasieteorieë argumenteer dat hipoaktiwiteit van die amienesisteme in die neuroanatomiese sentrums geassosieer word met vergoeding en straf en dat dit sentraal staan tot depressie (Carr 2006). Volgens Carr (2006) bestaan beskikbare bewyse dat depressie plaasvind wanneer 'n wanfunksionering van die amienesisteme voorkom in die gedeelte van die brein wat vir die vergoedingsstelsel (die voorbrein) en strafsistelsel (periventrikulêre stelsel) verantwoordelik is. Hierdie stelsel is verantwoordelik vir die motivering van soeke na genot asook apyt. Noradrenalin en serotonien is die vernaamste oordragstowwe, elk verantwoordelik vir sekere funksies, wat hierby betrokke is. Die funksies van noradrenalin en serotonien oorvleuel in sekere areas. Noradrenalin se funksie is die regulering van gemoed, emosie, kennis, energie, angst en irriteerbaarheid. Serotonien is verantwoordelik vir die regulering van gemoed, emosie, kennis, impulsbeheer, seksuele belangstelling, aggressie en apyt (Oosthuizen, 2007).

2.3.1.3 Endokriendisregulasieteorieë

Die endokriendisregulasieteorie impliseer abnormaliteite in kortisol, skildklierfunksionering, die groeihormoon en prolaktiensistelsel by die ontwikkeling en onderhoud van depressie (Carr, 2006; Emslie et al., 1994; Herring & Kaslow, 2004). Navorsing in hierdie verband is nog in die aanvangstadium.

Research guided by endocrine dysregulation theories is still at an early stage of development, but there have been some breakthroughs. For example, the occurrence of depression following exposure to chronic stress is associated with elevated levels and abnormal cortisol circadian rhythms. Thus the cortisol system may mediate the impact of adversity of mood (Carr, 2006, p. 737).

Hamman en Rudolph (2003) noem dat adolessente wat aan 'n hoë mate van stres blootgestel word, binne 'n opvolgperiode van 'n jaar major depressiewe episodes ervaar. Tydens 'n stresrespons word hormone soos adrenalin en kortisol vrygestel. Adrenalin is verantwoordelik vir die "veg-of-vlug"-reaksie.

Op adrenalienvrystelling volg verhoogde kortisolvrystelling. Kortisol kan voordelig wees vir die verligting van infeksies in die kort termyn, maar oormatige en langdurige kortisolvrystelling kan ernstige nadelige effekte op die liggaam hê. Die immuunstelsel kan onderdruk word en die brein kan beïnvloed word. Verhoogde kortisolvlakke word sterk met depressie en geheueprobleme in verband gebring, en sekere dele van die brein kan krimp weens 'n versteuring van die verhouding tussen selafsterwing en selvernuwing (Hamman & Rudolph, 2003; Oosthuizen, 2007).

'n Verdere biologiese merker in volwasse depressie hou verband met die groeihormoon. 'n Verskeidenheid van groeihormoonafwykings is by volwassenes met depressie gevind. Dit is bevind dat daar by volwassenes met 'n major depressiewe episode tydens die eerste drie ure van slaap 'n afname in die afskeiding van die groeihormoon is. In teenstelling hiermee het studies wat op kinders voor die adolessente fase gedoen is, aangedui dat daar tydens slaap by pre-adolessente 'n toename in die afskeiding van die groeihormoon is (Emslie et al., 1994; Hamman & Rudolph, 2003).

Studies oor die invloed van skildklierafwykings by die ontwikkeling van depressie by volwassenes en spesifiek by adolessente toon tot op hede geen beduidende verband tussen skildklierafwykings en depressie nie. Beskikbare navorsing toon dat slegs 'n klein subgroep van adolessente met depressieversteurings wanfunksionering van die skildklierhormoon toon (Emslie et al., 1994; Kronenberger & Meyer, 2001).

Kortliks fokus die wanfunksionering van endokriene sisteme op depressie as die gevolg van verhoogde kortisolvlakke as gevolg van stres en 'n daling in skildklierhormoonvlakke by volwassenes.

2.3.1.4 *Immuunsisteem*

In die literatuur argumenteer verskeie teoretici dat 'n verband tussen die funksionering van die immuunsisteem en depressie bestaan (Carr, 2006). Blootstelling aan kroniese stres en akute verlies kan lei tot 'n beperkte immuunstelsel en ook depressie. Deur 'n beperkte immuunstelsel is die liggaam blootgestel aan infeksies en siektes wat as addisionele lewenstressors

ervaar kan word en vlakke van depressie kan verhoog (Carr, 2006; Wolman & Stricker, 1990).

2.3.1.5 *Teorieë oor die desinchronisasie van die slaap-wakker-siklus*

Teorieë in verband met slaappatrone en depressie dui aan dat 'n desinchronisasie van sirkadiese ritmes wat die slaap-wakker-siklus reguleer, moontlik met depressie verband hou. Studies oor individue met depressie het aangedui dat abnormale sirkadiese ritmes soos verkorte latentheid van REM-aanvang, gebroke slaap, vroegmôre-wakkerheid en probleme om aan die slaap te raak, voorkom (Carr, 2006; Hamman & Rudolph, 2003). Carr (2006) noem dat die neuroanatomiese basis hiervan mag lê in die retikulêre aktiveringsstelsel wat wakkerheid en die slaap-wakker-siklus beheer.

2.3.1.6 *Seisoenale ritmeversteurings*

Sommige individue toon depressie in die winterseisoen, ook bekend as seisoenale affektiewe versteuring. Carr (2006) noem dat verskeie studies reeds in hierdie verband by kinders en adolessente gedoen is. Simptome soos moegheid, te veel slaap en verhoogde aptyt word beheer deur melatonien wat tydens periodes van gebrekkige daglig deur die pineale klier afgeskei word (Carr, 2006).

2.3.2 *Psigologiese teorieë*

Psigologiese teorieë omtrent die ontstaan en onderhoud van depressie word in hierdie afdeling bespreek. By psigologiese teorieë word onderskei tussen psigoanalitiese teorieë (soos dié van Freud, Bibring en Blatt), behavioristiese teorieë (soos dié van Lewinsohn en Rehm) en kognitiewe teorieë.

2.3.2.1 *Psigoanalitiese teorieë*

Die psigoanalitiese model beskryf hartseer, rou en melankolie as 'n reaksie op die verlies van 'n geliefde objek (Kronenberger & Meyer, 2001). By melankolie bestaan daar egter ambivalente gevoelens van woede en vyandigheid gerig op die geliefde objek voor die tyd van die verlies van die geliefde objek. Anders gestel, fokus psigoanalitiese teorieë op depressie as 'n attribuut van

lae selfagting, gevoelens van hopeloosheid en ongelukkigheid wat betrekking het op die ervaring van verlies. By depressiewe individue keer hierdie gevoelens inwaarts en word ervaar as depressiewe simptome. As gevolg van lae selfagting word die superego oormatig afhanklik van eksterne objekte vir selfagting. Selfs klein teleurstellings kan so 'n katalisator vir sterk gevoelens van depressie wees (Herring & Kaslow, 2004; Kronenberger & Meyer, 2001; Weller & Weller, 1984; Wolman & Stricker, 1990).

Ten spyte van die stewige literatuurbasis aangaande psigoanalitiese teorieë oor die ontstaan van depressie, is daar binne hierdie teoretiese raamwerk 'n leemte aangaande die etiologie van depressie by kinders en adolessente (Bemporad, 1994). Hierdie algemene leemte in die veld van kinderdepressie in psigoanalitiese teorieë kom as 'n verrassing, aangesien teoretici soos Freud en Abraham spesifiek aandui dat gebeure tydens die kinderjare die oorsaak van volwasse depressie is. Wat meer verstommend is, volgens Bemporad (1994), is dat die afhanklikheid van 'n vroeë depressiewe episode die voorloper is vir volwasse depressie, maar dat hier binne die psigoanalitiese teorieë 'n eenvormige geloof is dat ware depressie nie by kinders kan bestaan nie. Soos reeds genoem, glo teoretici binne hierdie raamwerk dat kinders nog nie 'n ware superego ontwikkel het nie en ook nie oor 'n gepaste selfpresentering beskik wat essensieel vir die ontstaan van die ervaring van depressie is nie.

Verskillende teoretiese standpunte bestaan binne psigoanalise ten opsigte van die etiologie van depressie. Die klasieke psigoanalitiese teorie van Freud toon aan dat regressie na die orale fase plaasvind na afloop van die ervaring van objekverlies. In die orale fase kan nie 'n onderskeid getref word tussen die self en die objek van verlies nie, en die objek van verlies word na binne gekeer. Aggressie teenoor die ingekeerde objek van verlies veroorsaak 'n staat van gevoelens van verwerping wat ervaar word as selfgerigte woede of selfhaat, wat eienskappe is van individue met depressie (Bemporad, 1994; Carr, 2006; Wolman & Stricker, 1990). Hierdie model dui verder aan dat individue wie se versorgers hulle in die orale stadium in die steek gelaat het 'n predisposisie het vir die ontwikkeling van depressie (Carr, 2006).

Abraham het Freud se teorie in 1924 uitgebrei. Sy fokus was op die depressiewe individu se konstitusionele beklemtoning van orale erotisme waar by die individu 'n geneigdheid ontstaan om frustrasie, teleurstelling en depressie te ervaar (Wolman & Stricker, 1990). Bemporad (1994, p. 81) noem die volgende:

Abraham went so far as to postulate the existence of a childhood episode of depression, termed "primal parathymia," secondary to a disappointment in the child's relationship with his or her mother in the history of adult depressives.

Latere psigoanalitiese outeurs soos Rado en Johnston het voortgegaan om volwasse depressie te beskou as die gevolg van ervarings tydens die kinderjare. Ervarings wat tot depressie lei, word geken deur die individu wat as kind ontnem is van genoegsame sorg en liefde deur die versorger, wat dan tydens volwassenheid weer hierdie gevoelens herleef (Bemporad, 1994). Rado het depressie verstaan as die uitroep na onervulde liefde wat tot depressie lei (Wolman & Stricker, 1990).

Melanie Klein (1934, 1940) het 'n groot skuif binne die psigoanalise bewerkstellig, naamlik die skuif na objekverhoudings. Klein was die eerste om die teorie te benadruk dat 'n predisposisie tot depressie nie noodwendig afhang van een trauma of 'n reeks traumatiese gebeure of teleurstellings nie, maar dat die predisposisie tot depressie afhang van die kwaliteit van die moeder-kind-verhouding (Wolman & Stricker, 1990).

In die sestigerjare het 'n psigoanalitiese ego-psigoloog, Bibring, depressie verduidelik as die uitkoms van lae selfagting. Volgens Bibring is lae selfagting die oorsaak van 'n groot diskrepansie tussen die self en die ideale self. Die internalisering van erge kritiek van die ouers asook erge perfeksionisme van die ouers tydens die kinderjare het 'n onrealistiese ego-ideaal tot gevolg (Carr, 2006). Bibring het voorgestel dat depressie die emosionele eweknie van ervaarde hulpeloosheid van die ego is om die nodige narsistiese voorraad van die omgewing te verkry. Wanneer 'n individu ontnem is van 'n belangrike area van gratifikasie of betekenis en hulpeloos was om dit wat verlore is weer te herstel of terug te kry, ervaar die individu ego-hulpeloosheid wat saam met die affek van depressie 'n afbreek van die

gewone meganismes vir die onderhoud van selfagting veroorsaak. Vir Bibring het depressie 'n algemene kern: die verlies aan selfagting sekondêr tot die pynlike bewustheid dat 'n individu hulpeloos is om belangrike narsistiese behoeftes te vervul. Deur die oorsaak van depressie na hulpeloosheid en narsistiese deprivasie te reduceer, het Bibring dit teoreties moontlik gemaak om die affek van depressie as 'n kliniese versteuring teoreties toepaslik te maak op kinders, adolessente en volwassenes (Bemporad, 1994).

In die veld van psigoanalitiese teorieë rondom depressie het Blatt (Carr, 2006) se objekverhoudingsteorie 'n verdere bydrae gelewer tot begrip van die oorsprong van depressie. Blatt argumenteer dat twee tipes depressie bestaan wat geassosieer word met twee eiesoortige tipes vroeë ouer-kind verhoudings wat 'n vatbaarheid vir depressie laat ontstaan wanneer die twee eiesoortige lewenstressors ervaar word. Die eerste vatbaarheid behels die verlies aan bindingverhoudings wat in vroeë ervarings van verwaarlosing of 'n oorbeskermende ouerskapstyl gewortel is.

Teorieë rondom binding handhaaf die uitgangspunt dat 'n kind se skeiding van die ouers en 'n versteuring in die band met die ouers 'n predisposisie vir die ontstaan van depressie skep. Volgens John Bowlby (Herring & Kaslow, 2004; Mash & Wolfe, 2005), gaan 'n kind wat met nie-responsiewe en emosioneel afwesige ouers of voogde gekonfronteer word, deur tipiese fases van protes, moedeloosheid en 'n verlies aan binding. Onsekere binding kan lei tot probleme aangaande emosionele regulering, wat die risiko vir depressie verhoog (Mash & Wolfe, 2005).

Dit tweede tipe vatbaarheid vir stressors handel oor die verlies aan outonomie waarvan die oorsprong geleë is in 'n ouerskapstyl wat gekenmerk word deur kritiese en streng ouers. Blatt (Carr, 2006) noem dat ouers wat kinders verwaarloos of oorbeskermend as ouers optree interne werkende modelle ontwikkel waarvan verwagte verwerping 'n sentrale eienskap is. Hierdie individue stel beskermingsmeganismes soos ontkenning en repressie in werking om waargenome bedreigings te hanteer. Individue met hierdie interne beskermingsmeganisme is veral vatbaar in situasies waar verhoudings verbreek word, soos verwerping of rou na die dood van iemand.

Met betrekking tot 'n gemoedsversteuring is dit kenmerkend dat hierdie individue 'n preokkupasie het met temas rondom verwerping en hulpeloosheid. Carr (2006) noem dat Blatt aan die ander kant van mening is dat kinders wat aan kritiese en streng ouers blootgestel is, interne werkende modelle vir verhoudings ontwikkel waar konstrukte soos sukses, mislukking, blaam en verantwoordelikheid sentraal staan. Hier is projeksie en reaksievorming die mees algemene beskermingsmeganismes wat aangewend word. Gemoedversteuring in hierdie verband het kenmerke soos selfkritiek, ondergeskiktheid, waardeloosheid en skuldgevoelens.

Depressie is deur vroeë psigodinamiese teorieë beskou as die verwerking of omskakeling van aggressiewe instink na depressiewe affek. Die veronderstelling is dat depressie die gevolg is van die ervaring van verlies, hetsy in die ware sin van die woord soos by die dood van iemand, of simbolies, of as die gevolg van emosionele verwaarloosing, deprivasie of ongenoegsame ouerskap. Die kind se absolute woede teenoor die persoon word na binne die kind self gekeer (Mash & Wolfe, 2005).

2.3.2.2 *Behavioristiese model*

Die behavioristiese model spruit uit die sosiale vaardigheids- en aktiwiteitsvlakmodel van Lewinsohn en het sy oorsprong in operante sielkunde. Die behavioristiese model is gebaseer op die aanname dat depressiewe gedrag en gevoelens na vore kom as gevolg van ontoereikende positiewe versterking. Dit kan die gevolg wees van 'n gebrek aan versterking of beperkte sosiale vaardighede wat individue daarvan ontnem om versterking aan hulself beskikbaar te kan stel (Herring & Kaslow, 2004). By kinders kan beperkte versterking lei tot huilerigheid, geïrriteerdheid en merkbare latente response (Kaslow, Brown & Mee, 1994).

2.3.2.3 *Kognitiewe teorieë*

Beck en Kovacs het die kognitiewe distorsie-model bestudeer en beskryf as 'n negatiewe konseptualisering van die kognitiewe triade, 'n persoon se beskouing van hom/haarself, die wêreld en die toekoms, en as die wortel van depressie (Mash & Wolfe, 2005). Kognitiewe teorieë fokus op die verhouding

tussen negatiewe denke en gemoed. Die onderliggende aanname is dat kinders en adolessente se beskouing van hulself en hul wêreld hul gemoed en gedrag beïnvloed (Stark et al., 2000). Kaslow et al. (Mash & Wolfe, 2005) het genoem dat 'n verskeidenheid van negatiewe kennisies, attribute, wanpersepsies en gebrekkige kognitiewe probleemoplossing verband hou met depressie by kinders en adolessente. Kognitiewe teorieë benadruk dat depressogeniese kennisies met depressie geassosieer word. Kinders en adolessente wat geneig is tot depressie maak interne, stabiele en globale afleidings om die oorsake van negatiewe gebeure te verduidelik. Wanneer iets negatiefs gebeur, glo hulle dus dat hulle daarvoor verantwoordelik is. Verder kan die rede waarom hul blameer moet word nie oor tyd verander nie, en die rede waarom iets negatiefs met hul gebeur, is van toepassing op die meeste dinge in hul lewens (Hamman & Rudolph, 2003).

Individue met depressie toon kognitiewe probleme in drie areas. Eerstens toon hul informasieprosesseringsvooroordele wat as negatiewe outomatiese denke bekend staan. Positiewe gebeure word in die minderheid beskou, terwyl denke oor 'n fisieke of sosiale bedreiging, persoonlike mislukking en vyandigheid aan die orde van die dag is. Die negatiewe kognitiewe triade, soos hierbo genoem, word geassosieer met 'n negatiewe uitkyk ten opsigte van die self, die wêreld en die toekoms. Hierdie negatiewe uitkyk onderhou gevoelens van hopeloosheid, ondermyn die kind se energievlakke en gemoed, en word bepaal deur die erns van die depressie. Die derde kognitiewe probleemarea is dié van negatiewe kognitiewe denkskemas. Kognitiewe denkskemas is stabiele strukture in die geheue wat informasieprosessering lei en ook selfkritiese idees en houdings insluit (Hamman & Rudolph, 2003; Mash & Wolfe, 2005).

Binne die aangeleerde hulpeloosheid-model as deel van die kognitiewe model van depressie word depressiewe individue se gedrag as onafhanklik van versterking beskou, aangesien versterking op 'n lukrake wyse geskied eerder as 'n reaksie op sekere gedrag (Mash & Wolfe, 2005). Volgens Weller en Weller (1984) lei hierdie persepsie dan tot 'n sin van hulpeloosheid by mense, wat dan daartoe lei dat hulle moed opgee. Volgens Mash en Wolfe (2005) kan

die gebrek aan positiewe versterking aan drie redes toegeskryf word. Die eerste rede is dat die kind as gevolg van angstigheide nie daartoe in staat is om beskikbare versterking te ervaar nie. Tweedens kan omgewingsomstandighede lei tot groot veranderinge in 'n kind se lewe, wat mag lei tot 'n gebrek aan bronne. Derdens mag die kind moontlik nie oor die vaardighede beskik om self vergoedende en bevredigende verhoudings aan te knoop nie.

Soms ontvang kinders en adolessente simpatie na aanleiding van hul ervaring, waardeur hulle die nodige aandag ontvang, maar dit is egter van korte duur. Verminderde omgee en aandag aan kinders mag daartoe lei dat kinders onttrek en funksioneel beperk word, en dit verhoog gevoelens van depressie (Mash & Wolfe, 2005; Seligman, 1992).

Die toepassing van kognitiewe teorieë op depressie by kinders en adolessente is egter problematies, aangesien daar vraagtekens hang oor die kognitiewe kapasiteit van kinders op verskillende vlakke van ontwikkeling en ook die ontwikkeling en stabiliteit van kennis wat by depressiewe denke betrokke is. Versigtigheid behoort hier aangewend te word, aangesien onlogiese denke en foutiewe afleidings normale denkwyses by kinders is.

Kognitiewe distorsies behoort dus beoordeel te word aan die hand van die fase van ontwikkeling waarin die kind hom of haar bevind. Tydens die fase van oorskakeling van die pre-operasionele denkfase na die konkrete fase van denke tydens die middelkinderjare, begin kinders die vermoë ontwikkel om oor hul denke self te dink (sogenaamde metakognisie). Voor hierdie ouderdom kan kinders wel sosiale vergelykings tref, maar dit vorm nie die basis van hul selfevaluasie nie. Met die ontwikkeling van konkrete denke begin die kind hom- of haarself en sy of haar omgewing op 'n self-evaluerende wyse evalueer. In hierdie fase begin kinders depressie toon deur lae selfagting en gemoedsversteurings (Mash & Wolfe, 2005). Kinders se beskouing van hul persoonlike bevoegdheid mag lei tot depressiewe denke wat, wanneer dit eers begin ontwikkel, taamlik stabiel bly tydens adolessensie.

2.3.3 Sosiale teorieë

Beskou vanuit die sosiale model, kan kinderdepressie gesien word as die resultaat van 'n sosiale struktuur wat individue die geleentheid ontnem om 'n rol in die samelewing te kan speel (Herring & Kaslow, 2004; Weller & Weller, 1984). Lewinsohn (Matson, 1989) se hipotese was dat lae respons-konsekvente positiewe versterking 'n genoegsame verduideliking van depressie is en dat slegs unipolêre depressie verduidelik kan word. Hy het die aanname gemaak dat lae respons-konsekvente positiewe versterking 'n stimulus vir sommige depressie simptome soos moegheid, gebrek aan belangstelling en somatiese klagtes is. Hy is verder van mening dat die sosiale omgewing waarin 'n kind hom of haar bevind, depressie en aanpassingsgedrag onderhou. Die depressiewe kind leer om positiewe versterking te verkry in die vorm van simpatie vir sy/haar verbale en nie-verbale gedrag.

Die lewenstresmodel as deel van sosiale teorieë aangaande depressie handhaaf die aanname dat lewenstressors of veranderinge in die omgewing wat aanpassing noodsaak die oorsaak van reaktiewe en selfs ander vorme van depressie is. Graham (Weller & Weller, 1984) het hierdie model in 1974 bestudeer en aangedui dat depressiewe simptome in die meeste gevalle reaksies op gesin- of omgewingstressors is. Binne hierdie model is ook verder geargumenteer dat versteurings binne die familie geassosieer kan word met langtermyndepressie. Verdere aansprake word ook gemaak wat daarop dui dat selfmoord en selfmoordpogings in die kinderjare gewoonlik die gevolg van ontkende gesinskonflik is. Binne hierdie model word 'n positiewe verband getrek tussen depressie by kinders en ouers se vlakke van aggressie, die gebruik van streng dissipline, huweliksprobleme, 'n geneigdheid om die kind te vermy, te blameer of te verwerp, die dood van 'n ouer of 'n belangrike ander persoon (Herring & Kaslow, 2004).

2.4 META-TEORETIESE BEGRIP

Die verstaan van die voorkoms van depressie onder adolessente verg meer as net die blote navolg van een teoretiese model. Die geneigdheid of

kwesbaarheid van adolessente om depressie te ontwikkel hang egter af van komplekse interaksie tussen biopsigososiale, omgewings- en intra-individuele faktore, wat almal kan bydra tot disfunksionele affek. Park en Goodyer (2000) noem dat gesins- en tweelingstudies aangedui het dat genetiese sowel as omgewingsfaktore 'n rol in die ontwikkeling van depressie speel. Volgens hierdie outeurs bestaan bewyse dat vroeë gebeure soos verlies van ouers die risiko van depressie in volwassenheid verhoog. Beide neurobiologiese en psigologiese prosesse is waarskynlik by hierdie verhoogde risiko betrokke. Ontwikkelingsveranderinge in senuweestelsels, tesame met kognitiewe en hormonale veranderinge, verhoog die voorkoms van depressie oor die laaste generasie (Park & Goodyer, 2000). Kriegler (1989) noem dat 'n holistiese meta-teoretiese begrip van probleme wat kinders ervaar, wat neuropsigologiese prosesse, psigologiese prosesse, gedrags- en kognitiewe benaderings insluit, as basis vir effektiewe ondersteuning kan dien.

2.5 KLASSIFIKASIE EN BENOEMING VAN GEMOEDSVERSTEURINGS

2.5.1 Major depressiewe versteuring

Die kerneienskappe van Major Depressiewe Versteuring (MDV) is gevoelens van hartseer en ongelukkigheid, verlies aan belangstelling of die ervaring van plesier in bykans alle aktiwiteite, geïrriteerdheid, asook 'n reeks spesifieke simptome wat vir ten minste twee weke voortduur. Die *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision* (DSM-IV-TR) se kriteria vir MDV word in tabel 2.1 weergegee. 'n Diagnose van MDV hang af van die voorkoms van 'n major depressiewe episode asook die uitskakeling van ander kondisies soos die vorige voorkoms van 'n maniese episode, waar die diagnose vir bipolêre versteuring gemaak kan word. Organiese faktore as die oorsaak van verlengde depressie, 'n depressie as gevolg van rou en ook onderliggende denkversteurings moet uitgestem kan word (APA, 2000). Met die diagnose van depressie is dit belangrik om in gedagte te hou dat dieselfde kriteria vir 'n diagnose as wat vir volwassenes gebruik word, by kinders en adolessente van skoolgaande ouderdom gebruik word (Hamman & Rudolph, 2003; Nevid, Rathus & Greene, 2000). Kinders met gedrag wat hul omgewing versteur, word makliker waargeneem as

kinders wat intern en subjektief aan depressie ly. Die laasgenoemde groep word maklik misken. Sekere faktore by kinders en adolessente is algemeen, soos 'n geïrriteerde gemoed (Mash & Wolfe, 2005). Dit moet in gedagte gehou word dat daar wel verskille is tussen die uitdrukking van simptome tussen volwassenes en kinders en adolessente in MDV. By jonger individue kom 'n depressiewe voorkoms, skeidingsangs, fobies, somatiesse klagtes en gedragsprobleme meer voor as by ouer individue. In kontras hiermee kom simptome van anhedonie, psigomotoriese vertraging, selfmoordpogings en beperkte funksionering meer voor hoe ouer die individu is (Mash & Wolfe, 2005).

2.5.1.1 Voorkoms van major depressiewe versteuring

Tussen 2% en 8% van alle kinders tussen die ouderdomme van 4 en 18 jaar ervaar MDV. Depressie is skaars onder voorskoolse kinders (ongeveer 1%) en skoolgaande kinders (ongeveer 2%), maar neem driedubbeld toe tydens adolessensie (Mash & Wolfe, 2005). Aangesien depressie onder kinders en adolessente kom en gaan, is dit problematies om 'n enkele vaste graad van voorkoms daar te stel. Mash en Wolfe (2005) noem dat die voorkoms van depressie onder veertien- tot agttienjariges op 'n gegewe tydstip ongeveer 3% is en dat dit styg tot 8% indien dit oor 'n tydperk van een jaar geneem word. Die voorkoms van depressie by adolessente oor 'n leeftyd is egter so hoog as 20%. Hamman en Rudolph (2003) het bevind dat depressie oor 'n leeftyd by ongeveer 14% van adolessente van 15 jaar tot 18 jaar voorkom. Hierdie graad van voorkoms van depressie by adolessente stem ooreen met die vlak van voorkoms onder volwassenes. Die aanname kan gemaak word dat volwasse depressie reeds tydens adolessensie 'n aanvang neem. Mash en Wolfe (2005) voer verder aan dat, ten spyte van hierdie hoë voorkoms, dit waarskynlik steeds 'n onderskatting van die ware stand van sake is. Eerstens kan die skattings deur die gebruik van formele diagnose laer wees as die selfgerapporteerde simptome van depressie. Verder toon jongmense wat net-net nie aan die diagnostiese kriteria voldoen nie, steeds ernstige beperkte funksionering en bestaan by hulle 'n groter risiko om in die toekoms depressie

asook ander versteurings soos substansiebruik te ontwikkel (Hamman & Rudolph, 2003).

Die verhoogde voorkoms van depressie by voorskoolse kinders en kinders van skoolgaande ouderdom is moontlik nie biologies gebaseer nie, maar is eerder die refleksie van 'n kind se selfrefleksie en kognitiewe kapasiteit, verbale vermoë om simptome te beskryf en vermoë om verhoogde druk om te presteer asook sosiale druk te hanteer. Die skerp toename in die voorkoms van depressie onder adolessente mag moontlik die gevolg van biologiese rypwording wees.

2.5.1.2 *Aanvang, verloop en uitkoms*

Die aanvang van depressie in adolessente kan geleidelik of skielik wees. In beide gevalle toon elke adolessent met depressie 'n geskiedenis van ligte depressie (Mash & Wolfe, 2005). Studies deur Lewinsohn et al. (1994) het aangedui dat die aanvang van depressie algemeen tussen die ouderdomme van 15 en 19 is. Hamman en Rudolph (2003) het aangedui dat die gemiddelde aanvang van depressie teen ongeveer die ouderdom van 11 jaar is. Kinders met die aanvang van depressie tydens hul kinderjare of later in adolessensie toon soortgelyke simptome, duur, vlak van erns van die eerste episode, komorbiede versteurings en psigiatriese geskiedenis van die ouers tydens volwassenheid.

Die duur van 'n algemene MDV-episode is ongeveer 8 maande, met langer episodes indien daar 'n geskiedenis van depressie by die ouers is. Ongeveer 90% van kinders herstel van 'n MDV-episode binne 'n tydperk van een tot twee jaar na die aanvang daarvan. Die res ly moontlik aan verlengde episodes van MDV. Alhoewel die meeste jongmense van hul aanvanklike depressie-episode herstel, gaan die depressie nie noodwendig weg nie (Mash & Wolfe, 2005). MDV is 'n terugkerende kondisie met 'n kans op hervatting van 25% binne die eerste jaar na herstel, 40% binne twee jaar en 70% binne die verloop van vyf jaar. 'n Noemenswaardige aantal kinders ontwikkel chroniese depressie wat tot in volwassenheid voortduur. Ongeveer 30% van adolessente met MDV ontwikkel bipolêre versteuring wat in Engels as "bipolar

switch" bekendstaan. Die terugkeer van depressie en die fenomeen dat die tydperk tussen depressiewe episodes verkort, kan toegeskryf word aan die moontlikheid dat die eerste episode verband mag hou met 'n spesifieke stressor wat langdurige veranderinge teweegbring in biologiese prosesse by die kind en sy of haar sensitiwiteit vir toekomstige stressors. Die langtermynuitkomst van MDV onder adolessente is nie positief nie, aangesien 'n groter risiko by adolessente met depressie bestaan vir die ontwikkeling van jeugmisdaad, arrestasie en vervolging deur wetstoepassers, asook vroeë skoolverlating en werkloosheid. 'n Geskiedenis van depressie tydens die kinderjare en adolessensie verhoog die risiko tot substansieverslawing, selfmoord, swak beroepsgerigtheid en –rekord en huweliksprobleme. Oor die algemeen is die uitkoms van MDV nie gunstig nie (Hamman & Rudolph, 2003; Mash & Wolfe, 2005).

2.5.1.3 *Komorbiede versteurings*

Die meerderheid adolessente met MDV of distimiese versteuring het addisionele en komorbiede psigiatrisse versteurings. Angsversteurings is die mees algemene komorbiede diagnose by 'n klinies verwysde populasie wat voorkom by tot 'n derde van kinders en adolessente met MDV (Hamman & Rudolph, 2003). Skeidingsangs is algemeen onder kinders, terwyl angsversteurings onder adolessente meestal voorkom as algemene angsversteuring (Park & Goodyer, 2000). Gedragsversteurings kom gelyklopend by ongeveer 15% tot 30% van depressiewe kinders en adolessente voor, maar simptome soos geïrriteerdheid, opposisionele gedrag en sosiale onttrekking kan MDV versluier. Obsessief-kompulsiewe versteuring kom gelyklopend voor by ongeveer 10% tot 30% van kinders en adolessente met MDV. Gelyklopende distimiese versteuring kom onder 30% van kinders en adolessente met MDV voor (Park & Goodyer, 2000). Depressie kom ook voor by geëksternaliseerde versteurings soos AT/HV en substansiemisbruik (Anderson & McGee, 1994; Hamman & Rudolph, 2003).

2.5.1.4 Geslagsverskille

Geslagsverskille kom voor by komorbiede versteurings waar meisies hoër vlakke van angstigheid as komorbiede versteuring toon. Seuns toon 'n hoër voorkoms van AT/HV as komorbiede versteuring (Hamman & Rudolph, 2003).

2.5.2 Distimiese versteuring

Distimiese versteuring (DV) verwys na 'n depressiewe gemoed vir die grootste deel van die dag op die meeste dae wat ten minste een jaar lank duur. Die simptome is chronies, maar minder intens as MDV (Nevid, Rathus & Greene, 2000). Kinders met DV toon eienskappe soos swak regulering van hul emosies met konstante gevoelens van hartseer, die gevoel dat niemand hul liefhet nie, selfdeprivasie, lae selfagting, angstigheid, geïrriteerdheid en buierigheid. Sommige kinders ervaar dubbele depressie, terwyl hulle tydens DV ook 'n depressiewe episode beleef (Herring & Kaslow, 2004). Aangesien hierdie toestand chronies is, word gespekuleer of dit 'n gemoedsversteuring is en of dit nie moontlik met persoonlikheidsaspekte te make het nie. Aangesien ooreenkomste tussen MDV en DV bestaan, word dit as 'n gemoedsversteuring beskou. Angsversteurings, gedragsversteurings en AT/HV as komorbiede versteurings kom voor by kinders en adolessente met distimiese versteurings (Anderson & McGee, 1994).

2.5.2.1 Voorkoms van distimiese versteuring

Ongeveer 1% van kinders en ongeveer 5% van adolessente het DV. Die versteuring wat die meeste saam met DV voorkom, is MDV, wat "dubbele depressie" genoem word (Barlow & Durand, 2005; Hamman & Rudolph, 2003; Park & Goodyer, 2000). Tydens die verloop van DV ervaar sowat 70% kinders 'n depressiewe episode (Mash & Wolfe, 2005).

2.5.2.2 Aanvang, verloop en uitkoms

DV ontwikkel ongeveer drie jaar voor MDV, met die aanvangsoudedom tussen 11 en 12 jaar (Mash & Wolfe, 2005). Die duur van 'n DV-episode is tussen twee en vyf jaar met 'n gemiddelde duur van vier jaar (Hamman &

Rudolph, 2003). Die meeste kinders en adolessente met DV herstel, maar die risiko vir die voorkoms van ander versteurings soos MDV, angsversteurings en gedragsversteuring en die ontwikkeling van bipolêre versteuring is hoër as by kinders wat nie DV het nie. Wat egter uniek is by kinders en adolessente met DV is dat hulle na herstel dieselfde gesinsbande, kognitiewe style en skoolfunksionering as ander kinders toon. Dit is egter bekend dat hulle wel gebrekkig is in areas van psigososiale funksionering. Die vroeë aanvang van DV voorspel egter 'n saak van erns waar 'n kind dit op die ouderdom van 9 jaar ontwikkel en byvoorbeeld vier jaar aan die versteuring lei en ongeveer 30% van sy totale leeftyd op daardie stadium aan die versteuring gely het. Kyk tabel 2.2 vir die diagnostiese kriteria van DV.

2.5.3 Bipolêre versteuring

'n Bipolêre versteuring (BPV) by kinders en adolessente is moeilik diagnoseerbaar, aangesien die voorkoms daarvan skaars is, daar groot variasies is in die kliniese presentasie binne en oor die strekking van die episodes en ook omdat dit ooreenstem met simptome van ander algemene kinderversteurings soos AT/HV (Mash & Wolfe, 2005). BPV by jong kinders is skaars, maar die voorkoms daarvan neem drasties toe na puberteit en kom dikwels as 'n eerste verskyning tydens adolessensie voor, met tot 20% van pasiënte wat 'n aanvang voor die ouderdom van 20 jaar toon (Hamman & Rudolph, 2003). Die hoofkenmerke van BPV is 'n duidelik sigbare periode van abnormale en gedurig verhoogde, of geïrriteerde gemoed wat saam met major depressiewe episodes val. Die twee gemoedstoestande kenmerkend van BPV is disforie en euforie (Nevid, Rathus & Greene, 2000). Kinders en adolessente met BPV toon ernstige en sikliese gemoedsveranderinge en uitbarstings. Tydens maniese episodes toon die individu intense simptome van geïrriteerdheid en woede. Ander individue toon ook simptome soos lawwigheid, ooropgewondenheid, baie oormatige praterij en ook 'n grandiose gemoed waar hul byvoorbeeld dink dat hulle 'n spesiale konneksie met God het. Ander tipiese simptome van BPV onder kinders en adolessente sluit in rusteloosheid, agitاسie en slaaploosheid. Seksuele disinhibering kan ook voorkom indien die kind 'n preokkupasie met seksuele temas het. Hierdie

kinders kan vir dae lank min slaap en vol energie wees sonder om moeg te word. Kinders en adolessente met BP het aan die een kant die vermoë om vir lang tye te fokus op en besig te bly met 'n aktiwiteit wat hul interesseer, terwyl hulle aandag aan die ander kant baie maklik van take afgelei kan word sodat hul van een taak na 'n ander spring (Mash & Wolfe, 2005; Hamman & Rudolph, 2003). Kinders met manie mag voorkom as baie gelukkig, en soms is dit ondenkbaar dat hul eintlik vreeslik ongelukkig is, vandaar die versigtigheid wat by die diagnose van hierdie kinders aan die dag gelê behoort te word.

Daar is verskillende subtypes BPV wat gebaseer is op die simptome wat kinders en adolessente toon, soos manie, gemengde of hipomaniese episodes. 'n Diagnose vir bipolêr-I-versteuring vereis die voorkoms van 'n maniese of 'n gemengde episode, terwyl bipolêr-II-versteuring 'n hipomaniese episode vereis. 'n Hipomaniese episode is 'n episode waarvan die maniese simptome nie ernstige beperkings in daaglikse funksionering teweegbring nie en hospitalisasie nie nodig is nie (APA, 2000).

Adolessente met manie toon dikwels 'n komplekse aanbieding van simptome wat psigotiese simptome soos hallusinasies, paranoia en denkversteuring insluit. Hul gemoed is ook onstabiel met gemengde maniese en depressiewe simptome wat agteruitgang in hul gedrag veroorsaak (Mash & Wolfe, 2005).

2.5.3.1 Voorkoms

'n Leeftyd van BPV kom by ongeveer 0.4% tot 1.2% van kinders voor (Stark et al., 2006a). Die gekompliseerde aanbieding van die simptome en die problematiek rondom die maak van 'n diagnose versterk die moontlikheid dat BPV by kinders meer mag voorkom as wat tot op hede bevind is.

2.5.3.2 Komorbiditeit

Sommige kinders het 'n normale geskiedenis voor die aanvang van BPV, maar probleme soos AT/HV en ontwrigtende gedragsversteurings kom by 'n beduidende aantal gevalle voor. Premorbiede angste en emosionele probleme kom ook soos by MDV voor. Hoë vlakke van algemene komorbiede

versteurings soos AT/HV, ontwrigtende gedragsversteurings, leerversteurings, substansiemisbruik, selfmoordgedagtes en angsversteurings kom voor (Mash & Wolfe, 2005).

2.5.3.3 *Aanvang, verloop en uitkoms*

Ongeveer 20% van alle pasiënte met BP het hul eerste ervaring van die versteuring tydens adolessensie met die meeste tussen die ouderdomme van 15 en 19 jaar. Aanvang voor die ouderdom van 10 is uiters skaars. Kinders en adolessente presenteer aanvanklik óf met 'n depressiewe óf met 'n maniese episode. Tagtig persent van kinders wat later BP ontwikkel is 12 jaar of jonger met die aanvang van hul depressie. Die vroeë aanvang van BP is chronies en bestand teen behandeling, met 'n swak langtermynprognose.

2.5.3.4 *Etiologie*

Volgens beskikbare navorsing is BP die sielkundige versteuring met die hoogste vlak van oorerflikheid (Mash & Wolfe, 2005). In genetiese en familiestudies is bevind dat BPV die gevolg is van genetiese vatbaarheid asook omgewingsfaktore. Die gevolg is dat sommige kinders met BPV ook ouers het met BPV wat aan omstandighede blootgestel is wat deurtrek is van psigopatologie.

2.6 GEMOEDSVERSTEURINGS BY ADOLESSENSIE

Die tragedie van depressie by kinders, veral as dit ongediagnoseer en onbehandel bly, is dat dit die jongmense affekteer in die tyd wanneer hulle die vaardighede moet aanleer wat hulle vir die res van hul lewe sal gebruik om in die samelewing in te pas en sukses te behaal (Oosthuizen, 2007, p. 73-74).

Adolessente kan dit soms moeilik vind om emosionele ontsteldheid of gemoed verbaal te beskryf en gee eerder by wyse van gedrag uiting aan hul depressie. Ongemaklike depressiewe gevoelens kan uitgedruk word as woede of destruktiewe gedrag eerder as lusteloosheid. Soos reeds genoem, toon depressie by adolessente oor die algemeen dieselfde simptome as depressie by volwassenes (Mondimore, 1990).

Depressie by adolessente affekteer verskeie areas van funksionering, naamlik gemoed, gedrag, veranderinge in houding en denke, en fisieke veranderinge. Wat die gemoed van depressiewe adolessente betref, word gevoelens van hartseer en ongelukkigheid ervaar wat oordrewe en meer konstant is as normale gevoelens van hierdie aard (Oosthuizen, 2007). Gevoelens van irritasie, skuldgevoelens en skaamheid kan ook met 'n depressiewe gemoed saamloop (Mash & Wolfe, 2005; Oosthuizen, 2007). Kinders en adolessente toon gedrag van verhoogde rusteloosheid en agitatie, verminderde aktiwiteit, stadiger spraak of uitermatige gehuil. Die verminderde deelname aan aktiwiteite kan lei tot minder gereelde sosiale kontak en interpersoonlike probleme (Hamman & Rudolph, 2003; Joiner & Coyne, 1999; Oosthuizen, 2007). Kinders en adolessente gee uitdrukking aan hul depressiewe gemoed deur verbale sarkasme, deur te skree of deur destruktiewe gedrag. Adolessente met 'n depressie kan substansies misbruik om hul gemoed te verlig (Mash & Wolfe, 2005). Veranderinge in houding kom ook voor by adolessente met depressie. Hierdie adolessente ervaar gevoelens van waardeloosheid en lae selfagting. Hul beskou hulself as ongenoegsaam en glo ook dat ander hul so beskou. Houdings teenoor die skool mag negatief verander, wat lei tot laer skoolprestasie. Met hierdie negatiewe houdingspatrone mag die risiko vir selfmoord verhoog. Verder kom veranderde denkpatrone ook na vore by adolessente met depressie. 'n Preokkupasie met innerlike denke en struweling kom voor. Hierdie selfgerigtheid mag tot selfkritiek en selfbewustheid lei, terwyl die spoed van hul denke afneem, distorsie van redenering plaasvind en pessimistiese beskouinge ten opsigte van die toekoms geverbaliseer word. Verder is dit ook moeilik vir hierdie adolessente om te konsentreer, te onthou en besluite te neem, en ander persone word vir elke ongunstige uitkoms blameer (Mash & Wolfe, 2005). Fisieke veranderinge vind plaas, aangesien eet- en slaappatrone ontwig word. Aptytverlies en vroegoggend-rondwalery is algemene simptome by adolessente met depressie. Selfs somatiesse klagtes soos hoofpyn, maagpyn, naarheid en verlies aan energie kan voorkom.

In die algemeen word geoordeel dat depressie by kinders gestalte verkry in gedrag soos om alleen in hul kamers te huil, maar die realiteit is dat kinders

hul depressie op ander maniere toon. Kinders met depressie kom geïrriteerd voor, is moeilik en word maklik ontsteld oor klein dingetjies soos om 'n skoolprojek aan te pak of om 'n kledingstuk te verloor. Hierdie kinders kan baie argumenterend wees, wat die lewe vir die mense rondom hulle bemoeilik.

Lewenstressors en sosiale hulpbronne speel verder 'n belangrike rol in adolessente se aanpassing. Holahan, Moos en Benin (1999) noem dat depressiewe jeugdiges, in vergelyking met nie-depressiewe jeugdiges, meer stressors ten opsigte van chroniese fisieke probleme, huis, geld, ouers, uitgebreide familie, skool en akute negatiewe gebeure rapporteer.

2.7 ONTWIKKELINGSFASE VAN ADOLESSENTE

Kinders gee op verskillende wyses uitdrukking aan depressie in verskillende ontwikkelingsfases. 'n Peuter mag reageer op depressie deur passief te wees en nie ouderdomsgepaste response te toon nie. 'n Kleuter kan hom- of haarself onttrek en geïnhibeer voorkom. Kinders van skoolgaande ouderdom kan argumenterend en bakleierig voorkom, en 'n adolessent mag emosie soos skuldgevoelens en hopeloosheid uitdruk (Mash & Wolfe, 2005). Die bogenoemde is nie verskillende tipes depressie nie, maar wel verskillende maniere waarop depressie in verskillende ouderdomsgroepe en ontwikkelingsfases na vore kom.

Die adolessente ontwikkelingsfase word gekenmerk deur versnelde liggaamlike ontwikkeling en seksuele rypwording waar aanvaarding van die veranderende liggaamlike voorkoms 'n groot rol speel in die adolessent se emosionele welstand (Louw, Van Ede & Louw, 1998). Kognitiewe veranderinge tydens adolessensie is minder opvallend as in die vorige ontwikkelingstadia. Konkrete denkvermoë verander en abstrakte begrippe kan logies beredeneer en analiseer word (Louw, Van Ede & Louw, 1998). Persoonlikheidsontwikkeling tydens adolessensie sluit die vorming van 'n eie identiteit, die selfkonsep, emosionele ontwikkeling en beroepskeuse in. Tydens adolessensie vind sosiale ontwikkeling plaas wat hoofsaaklik deur die portuurgroep en die ouers gevorm word (Louw, Van Ede & Louw, 1998).

2.8 DIAGNOSE VAN DEPRESSIE

Vandag word aanvaar dat depressiewe versteurings by individue tussen die ouderdomme van 8 en 16 jaar fenomenologies ekwivalent is aan depressiewe versteurings by volwassenes (Park & Goodyer, 2000). 'n Diagnose van MDV, DV of BPV word gemaak wanneer die vereiste simptome vir die spesifieke depressie ooreenkomstig die DSM-IV-TR of die *International Classification of Diseases* (ICD-10) aanwesig is.

2.8.1 Diagnostiese sisteme

Die DSM-IV-TR en die ICD-10 is die prominentste diagnostiese klassifikasiesisteme wat in psigiatrie gebruik word. Die ICD-10 word die meeste vir kliniese diagnose en opleiding gebruik, terwyl die DSM meer in navorsing gebruik word (Sørensen, Mors & Thomsen, 2005). Dieselfde kriteria vir volwassenes word by kinders en adolessente gebruik, aangesien die kernkenmerke of simptome van depressie by kinders, adolessente en volwassenes dieselfde is (Hamman & Rudolph, 2003). By die diagnose van depressie onder kinders en adolessente is die laasgenoemde een van drie kernkwessies. Tweedens noem Hamman en Rudolph (2003) dat depressie by kinders en adolessente soms verkeerd gediagnoseer of selfs misgekyk word, aangesien die kind of adolessente se eksterne steurende gedrag meer aandag geniet as geïnternaliseerde, subjektiewe swaarkry. Derdens word sekere simptome van depressie, soos 'n geïrriteerde gemoed, beskou as tipies van die ontwikkelingsfase waarin kinders en adolessente hulle bevind.

Sørensen, Mors en Thomsen (2005) het 'n studie gedoen oor die verskille tussen diagnoses wat spesifiek by jong adolessente (8-13 jaar) deur die DSM-IV en die ICD-10 gemaak is. 'n Diagnose vir MDV in die twee sisteme verskil ten opsigte van taamlik baie punte, byvoorbeeld die aantal simptome wat vereis word, die aantal kernsimptome wat teenwoordig moet wees, die moontlikheid dat 'n depressiewe gemoed ook 'n geïrriteerde gemoed kan wees, en ook die vereiste dat 'n depressiewe gemoed nie deur omstandighede beïnvloed word nie. Die bogenoemde studie het verder bevind dat 16.6% van die individue volgens die DSM-IV kriteria aan MDV ly,

maar dat 'n diagnose van MDV volgens die kriteria van die ICD-10 by 24% van hierdie kinders nie gemaak kan word nie. Sørensen, Mors en Thomsen (2005) noem uitdruklik dat praktisyns wat die diagnostiese kriteria van die ICD-10 gebruik moontlik 'n groot aantal kinders en adolessente met matige tot ernstige depressie mag misluk.

By die diagnose van depressie moet dus met versigtigheid gewerk word, aangesien diagnostiese sisteme verskil, maar ook aangesien individue verskil. Tydens die data-insameling van hierdie studie het ek gevind dat dit nodig is dat die gebruik van 'n verskeidenheid middele soos selfrapportvraelyste, onderhoude met die individu asook die ouers en die menings van skoolpersoneel tesame met die kriteria van die twee bogenoemde erkende diagnostiese sisteme by die diagnose van depressie aangewend behoort te word.

2.8.2 Diagnostiese kriteria

Dit is belangrik dat die simptome of kriteria vir depressie hier aangedui word, aangesien die doel van hierdie studie is om ondersoek in te stel na die voorkoms van simptome van depressie.

Die diagnostiese kriteria vir depressie volgens die DSM-IV-TR word hieronder in tabelle 2.1 en 2.2 aangedui.

Tabel 2.1**Major depressiewe episode**

- A. Minstens vyf van die volgende simptome kom gedurende dieselfde tydperk van veertien dae voor, en die kliënt en sy liggaam funksioneer anders as voorheen:
1. 'n Bedrukte gemoed
 2. Verminderde belangstelling en/of ervaring van plesier
 3. Swakker/groter eetlus of afname/toename in gewig
 4. Slaaploosheid of oormatige lomerigheid
 5. Gevoel van nuttelosheid of oormatige gevoelens van skuld
 6. Psigomotoriese vertraging of agitاسie
 7. Aanhoudende moegheid, verlies aan energie
 8. Swakker dink- en konsentrasievermoë
 9. Terugkerende gedagtes oor die dood of selfmoord
- B. Nie die gevolg van 'n algemene mediese toestand, medikasie, middelmisbruik of rouproses nie.

(APA, 2000)

Tabel 2.2**Distimiese Versteuring**

- A. 'n Bedrukte gemoed, minstens twee jaar lank
- B. Twee of meer van die volgende simptome:
1. Swak of oormatige aptyt
 2. Slaaploosheid of oormatige lomerigheid
 3. Lae energievlakke en moegheid
 4. Lae selfbeeld
 5. Gebrekkige konsentrasie en/of besluiteloosheid
 6. Gevoel van hopeloosheid
- C. Nooit sonder simptome vir langer as twee maande sedert die aanvang van die toestand nie.
- D. Nie die gevolg van 'n kroniese of swak behandelde major depressiewe siekte nie
- E. Nie die gevolg van bipolêre versteuring nie
- F. Nie aan 'n psigotiese siekte, soos skisofrenie, te wyte nie
- G. Nie die gevolg van voorgeskrewe medikasie, 'n wettige/onwettige middel of algemene mediese toestand (bv. skildklierprobleem) nie.

(APA, 2000)

2.8.3 Assessering van depressie

Assessering van die voorkoms van depressie hou verband met 'n ondersoek na simptome deur die aanwending van 'n verskeidenheid metodes. Onderhoudvoering, assessering deur middel van meetinstrumente, en selfs 'n mediese ondersoek kan behulpzaam wees in die assessering van adolessente met simptome van depressie.

'n Deeglike diagnostiese evaluasie vereis eerstens aparte onderhoude met die adolessent sowel as sy ouers of voogde. Deur onderhoude met die ouers of voogde te voer, kan hul eie patologie ondersoek word. Onderhoude met beide partye is meer effektief, aangesien ouers gewoonlik oor gedragsprobleme verslag doen, en die kind sal meer bewus wees van geïnternaliseerde simptome (Park & Goodyer, 2000).

Deur gebruik te maak van assesseringsmiddele soos gestandaardiseerde meetinstrumente en nie-gestandaardiseerde metodes soos die opstel van 'n gemoedstydlyn en dagboekinskrywings oor gemoed kan die assessor 'n goeie beeld kry van watter simptome van depressie aanwesig is en wat die graad daarvan is (Park & Goodyer, 2000). Volgens Park en Goodyer (2000) kan selfrapporteringsvraelyste soos die BDI met vertroue by adolessente gebruik word, die *Children's Depression Inventory* (CDI) kan by kinders gebruik word en die *Mood and Feelings Questionnaire* (MFQ) kan met vertroue by kinders en adolessente binne die teikengroep van 8- tot 16-jariges gebruik word. Kliniese observasieskale soos die *Hamilton Rating Scale* (HAM-D) kan gebruik word om simptome te monitor, veral tydens behandeling. Aangesien die individu met depressie ook probleme ervaar ten opsigte van funksionering op vele terreine, kan globale funksionering geassesseer word deur gebruik te maak van die *Children's Global Assessment Scales* (CGAS) (Park & Goodyer, 2000). Selfrapporteringsvraelyste asook ander tipes meetinstrumente of selfs riglyne opgestel deur professionele persone in ander lande as die een waar die vraelyste toegepas word, moet met versigtigheid hanteer word, aangesien kulturele en sosiale verskille die resultate kan beïnvloed. Daar moet ook in ag geneem word dat elke individu juis dit is – 'n individu – en dat elke persoon se simptome afsonderlik en binne daardie persoon se konteks geëvalueer word.

2.9 GEASSOSIEERDE KENMERKE

2.9.1 Intellektuele en akademiese funksionering

Depressiewe simptome het in die meeste gevalle 'n negatiewe effek op intellektuele en akademiese funksionering. Depressiewe simptome wat hier 'n rol speel, is gebrekkige konsentrasievermoë, verlies aan belangstelling, stadige denke en beweging. Die algemene intellektuele vermoëns van depressiewe kinders en adolessente is dieselfde as by normale kinders en adolessente. Die effek van depressie op intellektuele en akademiese funksionering is in die meeste gevalle moeilik omskryfbaar aangesien sommige individue probleme met nie-verbale take soos aandag, koördinasie en spoed ervaar, maar nie noodwendig by verbale funksionering nie (Mash & Wolfe, 2005). Jongmense met MDV presteer oor die algemeen swakker op akademiese gebied as ander leerders. Simptome soos swak konsentrasie en denkvermoë, psigomotoriese vertraging of agitاسie, moegheid, slaapprobleme, somatiesse klagtes, laat wees vir skool of om nie skool toe te gaan nie, die onvermoë om huiswerk te voltooi en ontevredenheid met die skool oor die algemeen, kan daartoe lei dat leerders hul graad moet herhaal (Mash & Wolfe, 2005).

2.9.2 Kognitiewe versteurings

Kognitiewe distorsie kom oor die algemeen by jeugdiges met depressie voor. Negatiewe geloof en oordeel en denke rondom hul bydrae tot mislukking, het 'n ernstige invloed op hul selfbeskouing, terwyl hulle hul selfwaarde sal onderskat deur nie hul suksesse enigsins na waarde te ag nie. Hierdie kinders en adolessente sal vir lang tye 'n beperkte fokus hê op negatiewe ervarings en gebeure. Dit word 'n depressiewe nadenkende styl genoem. Situasies word maklik verkeerd gelees, negatiewe en foutiewe konklusies word gemaak, geen hoop vir die toekoms word gesien nie en pessimisme is aan die orde van die dag. Kognitiewe versteurings word dus identifiseer deur negatiewe outomatiese denke, kognitiewe vooroordele en disfunksionele aannames. Vir die meeste van hierdie individue voel dit asof niks en niemand hul uit hierdie situasie kan red of help nie. Gevoelens van hopeloosheid skep

'n afwaartse spiraal van negatiewe denke wat hul funksionering so erg affekteer dat hul algemene funksionering op die meeste vlakke en in die meeste areas afneem (Mash & Wolfe, 2005; Moore & Garland, 2003).

2.9.3 Negatiewe selfagting

Beide lae en onstabiele selfagting speel 'n belangrike rol in depressie. Aangesien fisieke eienskappe by adolessente, veral by meisies, 'n groot rol speel, kan self-ervaarde onbevoegdheid die risiko vir depressie verhoog. 'n Ontwikkelingsmodel soos beskryf deur Jordan en Coir (Mash & Wolfe, 2005) stel die hipotese dat kinders gedurig terugvoer soek en ook kry van ander aangaande hul bevoegdheid in verskeie domeine soos akademie, sosiale verhoudings, sport, lewenswyse en fisieke voorkoms. Selfbeskouing ontwikkel vanuit hierdie terugvoer en die uitkoms kan positief wees en gekenmerk word deur optimisme, positiewe energie en entoesiasme, terwyl die teenpool kan lei tot pessimisme, gevoelens van hulpeloosheid en moontlik depressie (Mash & Wolfe, 2005).

2.9.4 Sosiale en portuurgroep-probleme

Kinders en adolessente met depressie het min vriende, voel alleen en geïsoleer, voel sosiaal onbelangrik en onttrek hulself meestal op sosiale gebied (Mash & Wolfe, 2005). Sosiale onttrekking mag 'n refleksie wees van die onvermoë om sosiale interaksie te handhaaf, wat moontlik verband mag hou met 'n geïrriteerde gemoed en aggressiewe gedrag teenoor ander. Min belangstelling word in aktiwiteite getoon (Mash & Wolfe, 2005). Hierdie faktore het 'n ernstige invloed op sosiale ontwikkeling oor die algemeen, terwyl die vermoë om gesonde sosiale verhoudings aan te knoop, belemmer word. Jongmense met depressie gebruik oneffektiewe style van hantering in sosiale situasies, waar hul byvoorbeeld minder aandag skenk aan probleemoplossing en meer passief en vermydend en emosioneel optree. Kinders en adolessente met depressie toon egter 'n groot mate van sosiale begrip, maar sukkel om hul gedrag so te wysig (Mash & Wolfe, 2005).

2.9.5 Familieprobleme

Families word gekenmerk deur konflik en swak verhoudings. Depressiewe kinders voel geïsoleerd van hul familie. Hierdie isolasie is meer 'n manier om konflik te vermy as wat dit 'n gebrek aan vermoëns of vaardighede is. Kinders met depressie het meestal negatiewe response wat lei tot verdere negatiewe response van die ouers, wat die verhouding laat skade lei (Mash & Wolfe, 2005). Vir ouers is hierdie kinders 'n groot frustrasie.

2.9.6 Selfmoord

In vergelyking met volwassenes, bestaan groot verskille ten opsigte van hoe kinders en adolessente moeilike omstandighede hanteer, hoe hul probleme oplos, wat hul persepsie van die toekoms is en hul begrip daarvoor dat negatiewe situasies wel later 'n oplossing kan vind. Hierdie en ander eienskappe soos gebrekkige selfregulering dra by tot die kwesbaarheid van kinders en adolessente vir selfmoord (Reynolds & Mazza, 1994). Die meeste jongmense met depressie het selfmoordgedagtes en ongeveer 16% tot 30% het al 'n selfmoordpoging aangewend. By adolessente is die mees populêre manier van selfmoord die gebruik van 'n oordosis medikasie en die sny van polse. By kinders wat probeer selfmoord pleeg is die mees algemene metode die gebruik van 'n vuurwapen (57%), ophanging of versmoring (28.4%) en vergiftiging of oordosering (7.6%) (Mash & Wolfe, 2005). Selfmoordpogings kom voor by 84% van kinders wat aan depressiewe versteurings lei. Ongeveer 30% van kinders wat klinies depressief is, probeer teen die ouderdom van 17 jaar selfmoord pleeg. Ongeveer die helfte van hulle wend weer later 'n poging tot selfmoord aan. Nege keer meer meisies as seuns probeer selfmoord pleeg. Die ouderdom vir die eerste selfmoord onder kinders met depressie is 13 tot 14 jaar. Vir adolessente verdubbel die aantal selfmoordpogings tydens hul tienerjare, maar dit neem drasties af na die ouderdom van 17 tot 18 jaar (Mash & Wolfe, 2005). Spirito en Esposito-Smythers (2006) noem dat ongeveer 19% van adolessente in die VSA binne 'n tydperk van 12 maande ernstig selfmoord oorweeg het, 15% het reeds 'n selfmoordplan bedink, 9% het selfmoord probeer pleeg en 2.6% van die selfmoordpogings het by die noodgevalle-afdelings van hospitale geëindig.

2.10 ONDERSTEUNING VAN DEPRESSIE

Many aspects of the treatment for adolescent depression are still uncertain. However, our body of knowledge continues to be refined. When we remember that 40 years ago the field was still arguing about the existence of depression in youth, it is clear that significant progress has been made. Recent controversies have provided another opportunity to step back and re-evaluate. Given the chronicity, morbidity, and mortality associated with adolescent depression, the risks of doing nothing are too great (Jackson & Lurie, 2006, p. 111).

2.10.1 Psigologiese opvoeding

Opvoeding en advies vir ouers en hul kinders is 'n belangrike deel van enige intervensie- of behandelingsplan vir depressie. Die inhoud en wie die sessies gaan bywoon moet in ooreenstemming met die kind se ouderdom en ontwikkelingsvlak bepaal word. Wanneer behandeling beëindig word, is dit ook nodig om deur middel van psigologiese opvoeding die kind en ouers vir toekomstige terugslae toe te rus. Park en Goodyer (2000) stel voor dat psigologiese opvoedingsessies temas insluit wat handel oor die tekens en simptome van depressie, beter begrip oor hoekom sekere adolessente depressief raak, die duur van die gemoedsversteuring en tot watter mate dit in die toekoms kan terugkeer. Dit is ook belangrik om die impak van depressie op verhoudinge in die gesin asook akademiese funksionering te verduidelik. Verder moet die rol en rasionaal van die behandeling duidelik uiteengesit word, hetsy dit psigoterapie of medikasie behels.

Depressie is vir die ouers van depressiewe adolessente net so moeilik soos vir die adolessent self. Daarom is dit ook van uiterste belang dat die ouers ingelig word oor die hantering van simptome soos geïrriteerdheid, teenkanting en sosiale onttrekking, sodat stres en 'n negatiewe atmosfeer by die huis tot 'n minimum beperk kan word. Park en Goodyer (2000) noem dat eenvoudige strategieë, soos om positiewe aspekte van die adolessent se gedrag te benadruk, tot verminderde selfkritiese aanmerkings kan lei.

Psigologiese opvoeding stop egter nie net by die adolessent met depressie en sy/haar ouers nie, maar sluit ook meestal in dat die terapeut betrokke raak by klasonderwysers sodat daar wedersydse begrip vir die adolessent se toestand

kan wees. Betrokkenheid van onderwysers in die proses kan 'n groot invloed hê op hoe die skoolsisteem die adolessent behandel, byvoorbeeld om eerder begrip te toon en te ondersteun as om te straf (Park & Goodyer, 2000).

2.10.2 Psigoterapie

2.10.2.1 Psigodinamiese terapie

Na aanleiding van die min beskikbare studies oor die behandeling van depressie by kinders en adolessente, word individuele terapie voorgestel as die suksesvolste aanvangsterapie vir kinders en adolessente met minder ernstige tot matige depressie. In gevalle waar kinders en adolessente ernstige depressie toon, word aanbeveel dat individuele terapie uitgestel word totdat die kind of adolessent se geestestoestand dit toelaat (Park & Goodyer, 2000).

Psigodinamiese terapie as 'n ondersteuningsintervensie by adolessente met depressie is in die algemeen individueel en strek oor die lang termyn. Psigodinamiese terapeute erken die belangrikheid van ontwikkelingskwessies, en aangesien terapie hier met adolessente geskied wat steeds aan die ontwikkel is, is die doel van psigodinamiese terapie om enige ontwikkelingsblokkasies uit die weg te ruim en eerder op die bereiking van volwassene status en rypwording te fokus (Lewinsohn, Clarke & Rohde, 1994). 'n Studie van Trowell et al. (2007) het aangedui dat individuele psigodinamiese psigoterapie wel effektief is by die ondersteuning van adolessente met depressie.

Gestruktureerde vorme van terapie soos kognitiewe gedragsterapie en interpersoonlike terapie het tot dusver die meeste aandag in navorsing geniet (Park & Goodyer, 2000; Trowell et al., 2007). Terwyl kognitiewe gedragsterapie op die kort termyn belowende uitkomst toon, het vorige studies bewys dat hoë vlakke van terugval wel voorkom. Individuele psigodinamiese psigoterapie toon meer effektiwiteit in langdurige veranderinge in depressie by kinders en adolessente (Birmaher, Brent & Kolko, 2000).

2.10.2.2 Kognitiewe gedragsterapie

Kognitiewe gedragsterapie kan beskryf word as 'n rasionaalgeoriënteerde, doelgerigte poging om gedemonstreerde positiewe effekte van gedragsmodifikasie binne 'n nie-doktrine-konteks behoue te laat bly. Dit gaan ook verder oor die insluiting van kognitiewe aktiwiteite en emosionele ervarings van die kliënt om terapeutiese verandering teweeg te bring (Kendall, 2006). Kognitiewe gedragsterapie is een van die mees gekose terapeutiese ondersteuningstegnieke vir depressiewe adolessente. Kognitiewe gedragsterapie sluit onder andere doelstelling, vaardigheidsleer, opleiding in probleemoplossing, kognitiewe herstrukturering en die opbou van 'n positiewe sin vir die self in (Stark et al., 2006a).

2.10.3 Gesin as ondersteuningsmiddel

Gesinsterapie speel 'n belangrike rol in die effektiewe ondersteuning van adolessente met depressie. Dit is belangrik om hier te noem dat baie kinders en adolessente met depressie uit gesinne kom waar psigopatologie teenwoordig is (Stark, Rouse & Kurowski, 1994). Ouers kan belangrike agente wees in gedragsverandering en 'n positiewe houding van die ouers kan 'n groot bydrae lewer tot positiewe selfagting by adolessensie (Stark, Rouse & Kurowski, 1994; Trowell, 2007). In die literatuur is vele bewyse dat die gesinsomgewing tot kinderdepressie kan bydra. 'n Konfronterende omgewing, gesinsprobleme, faktore soos baie kritiek van die ouers en swak kommunikasie word met die aanvang van depressie by kinders en adolessente geassosieer (Diamand, Serrano & Dickey, 1995). Volgens Trowell (2007) is gesinsterapie nie so effektief soos psigodinamiese psigoterapie nie, maar toon wel 'n herstellvlak van 37.9% by individue wat met gesinsterapie behandel is.

2.10.4 Farmakologiese ondersteuning

Literatuur dui aan dat die gebruik van medikasie as 'n ondersteuningselement by adolessente met depressie wel tot 'n mate effektief is (Trowell et al., 2007). Placebo-gekontroleerde studies het getoon dat die toediening van fluoksetien vir gevalle van adolessente major depressie versteuring in 52% tot 56% van

die objekte in studies van Emslie in 1997 en 2000 (Trowell et al., 2007) wel effektief was. Die studie het getoon dat die kombinasie van fluoksetien en kognitiewe gedragsterapie die syfers van herstel tot 71% verhoog. Volgens Oosthuizen (2007) is die gebruik van fluoksetien by adolessente deur verskeie studies as effektief en veilig bewys. Die gebruik van selektiewe inhibeerders van serotonien-heropname (SSRI's) by individue onder die ouderdom van 18 jaar word al hoe meer beperk weens risikofaktore.

2.11 BESTUUR VAN DEPRESSIE IN DIE SKOOLOMGEWING

In die adolessent se lewe speel die skoolomgewing 'n groot rol aangesien die adolessent in baie gevalle die meeste van sy/haar tyd in die skool en met skoolaktiwiteite spandeer. Die skool, in samewerking met opvoedkundige sielkundiges, kan 'n positiewe bydrae lewer tot die bestuur en ondersteuning van adolessente leerders met depressie.

'n Gemeenskapstudie onder leiding van Undheim en Sund (2005) het skoolfaktore wat moontlik tot die ontstaan van depressie by Noorweegse adolessente kan bydra, ondersoek. Undheim en Sund (2005) het bevind dat faktore soos skoolstres (veral om akademies te presteer) tesame met ander lewenstresfaktore 'n positiewe korrelasie toon met die ontwikkeling van depressie binne die komende lewensjaar van die adolessent. 'n Studie deur Garnefski (Undheim & Sund, 2005) toon dat 'n sterk verband bestaan tussen depressie en negatiewe persepsies van die sosiale omgewing waarin die adolessent hom/haar bevind. 'n Skool- en klaskameratmosfeer waar goeie kontak tussen die leerders en die opvoeders asook hegte vriendskappe is, hou verder verband met die afname van depressiewe simptome onder adolessente. Die skep van 'n positiewe skool- en klaskameratmosfeer waar leerderondersteuning en -aanvaarding prioriteite is, word aanbeveel.

Roeser et al. (Undheim & Sund, 2005) doen verslag dat 'n positiewe houding van die opvoeder teenoor leerders, asook erkenning aan en prys van die leerders deur die opvoeder tot 'n afname in depressiesimptome by leerders lei. Ondersteuning deur die opvoeder is bevind as die sterkste bepalende

faktor wat verband hou met 'n verlaging in die ontwikkeling en onderhoud van depressie (Undheim & Sund, 2005).

'n Afname in akademiese prestasie word in verskeie literatuurbronne aangedui as 'n simptoom van depressie onder adolessente. Onrealistiese verwagtinge van ouers en opvoeders aangaande akademiese prestasievermoë kan lei tot ontevredenheid oor akademiese prestasie en kan daartoe lei dat huiswerk nie gedoen word nie (Undheim & Sund, 2005). Akademiese onderprestasie of 'n afname in akademiese prestasie kan moontlik tot die ontwikkeling van depressie bydra. Hier moet egter in gedagte gehou word dat depressie self tot 'n afname in akademiese prestasie kan lei. Ander simptome van depressie soos lae energievlakke en konsentrasieprobleme kan tot die afname in akademiese prestasie bydra.

2.12 SAMEVATTING

Hierdie hoofstuk het 'n teoretiese agtergrond vir die studie gebied. Verskeie teoretiese modelle is bespreek. Die bespreking van die teoretiese model is gevolg deur die klassifikasie en benoeming van gemoedsversteurings. Die diagnosering en assessering van depressie het daarop gevolg. Geassosieerde kenmerke, die ondersteuning van adolessente met depressie en die bestuur van depressie in skole is kortliks bespreek. In die volgende hoofstuk word die navorsingsontwerp en metodologie wat in hierdie studie gebruik is, bespreek.

HOOFSTUK 3

NAVORSINGSONTWERP EN METODOLOGIE

3.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk word die navorsingsparadigma, die navorsingsontwerp en navorsingsmetodologie aangebied. Dit begin met 'n bespreking oor die navorsingsparadigma waarin hierdie studie gesitueer is, waarna 'n beskrywing van die navorsingsontwerp volg. Dit word gevolg deur 'n bespreking van die navorsingsinstrument, die prosedure wat gevolg is en die proses van data-analise. Aan die einde van die hoofstuk word 'n opsomming gebied.

3.2 NAVORSINGSPARADIGMA

Die presiese aard van die definisie van navorsing binne opvoedkunde of sielkunde word beïnvloed deur die teoretiese raamwerk of paradigma waaruit die navorser werk (Mertens, 2005). Volgens Babbie (2001) is die paradigma waaruit gewerk word die fundamentele model of raamwerk van verwysing wat gebruik word om observasies en redenering te organiseer. Mertens (2005) sluit hierby aan en noem dat 'n paradigma die manier is waarop 'n navorser die wêreld beskou. 'n Navorsingsparadigma lei die navorser se denke en aksies en gee betekenis aan die navorsing.

'n Paradigma bestaan uit vier fundamentele beginsels: aksiologie, epistemologie, ontologie en metodologie (Denzin & Lincoln, 2005). Aksiologie verwys na die wyse waarop waardes die ondersoek ondersteun. Aksiologie hou verband met die keuse van 'n probleem, die keuse van 'n paradigma wat die probleemstelling lei, die keuse van 'n teoretiese raamwerk, die keuse van metodes vir data-insameling en dataverwerking, die keuse van die konteks, hoe bestaande waardes in die konteks hanteer word, en ook die keuse van hoe die bevindinge aangebied word (Guba & Lincoln, 2005). Aksiologies

beskou die post-positivistiese navorser sy of haar navorsing as onderneem binne 'n raamwerk wat vry van waardes is.

Epistemologie verwys na die verhouding tussen die kenner en dit wat geweet/geken word. Die post-positivistiese navorser se epistemologiese posisie is dat hy of sy objektief moet wees en voorkom dat persoonlike waardes en voorkeure die navorsing beïnvloed (Mertens, 2005). Guba (1990, p. 21) noem dat die post-positivis daarna streef om so neutraal as moontlik wees:

... postpositivists counsel a modified objectivity, hewing to objectivity as a "regularity ideal" but recognizing that it cannot be achieved in any absolute sense. It can be achieved reasonably closely, by striving to be as neutral as possible.

Ontologie verwys na die aard van realiteit. Vir die post-positivistiese navorser bestaan net een waarheid wat gedeeltelik geken kan word, aangesien die navorser seker beperkinge het en ook aan fenomene blootgestel is (Guba, 1990; Guba & Lincoln, 2005).

Post-positivisme is 'n deterministiese filosofie waar die oorsaak van 'n fenomeen waarskynlik die uitkoms daarvan affekteer. Soos positivisme, is post-positivisme reduksionisties van aard. Idees word afgebaken en verklein in diskrete hoeveelhede wat meetbaar kan wees. Met 'n post-positivistiese beskouing is dit van uiterste belang dat dit wat deur meting of versigtige observasie ondersoek word, 'n objektiewe realiteit is van wat daar buite in die wêreld bestaan. Data, bewyse en rasonale oorwegings gee vorm aan kennis. Objektiviteit, standarde van geldigheid en betroubaarheid is verdere essensiële aspekte van 'n post-positivistiese studie en 'n kwantitatiewe metode van navorsing (Creswell, 2003). Volgens Phillips en Burbules (2000) soek wetenskaplike navorsing binne 'n post-positivistiese paradigma 'n manier om prosedures en kriteria daar te stel wat algemene waarheidseise kan ondersteun wat nie slegs afhanklik is van subjektief ervaarde realiteite of realiteite wat geglo word nie.

Volgens Muijs (2004) is die uitgangspunt van post-positivisme dat die realiteit van dit wat ondersoek word nooit ontbloot kan word nie, maar dat daarna gestreef kan word om die realiteit so goed as moontlik te ontdek, aangesien die post-positivistiese navorser besef en erken dat die navorser self sy eie subjektiewe realiteit skep.

Binne 'n post-positivistiese raamwerk vir hierdie studie is 'n navorsingsontwerp gebruik wat goed by hierdie paradigma aansluit. Die navorsingsontwerp word hieronder in meer besonderhede bespreek. 'n Kwantitatiewe navorsingsontwerp is die gewenste metodologie van 'n post-positivistiese paradigma. In hierdie studie is 'n kwantitatiewe ontwerp gebruik om die studie uit te voer.

3.3 NAVORSINGSONTWERP EN METODOLOGIE

3.3.1 Inleiding

Die navorsingsontwerp verskaf struktuur en orde aan 'n navorsingsprojek met die doel dat die navorsing op 'n logiese wyse aangepak en voltooi kan word (Babbie, 2001). Navorsing in die sosiale wetenskappe het ten doel om menslike sosiale lewe te eksploreer en sodoende nader aan die waarheid te kom (Babbie, 2001). Die post-positivistiese paradigma sluit aan by 'n kwantitatiewe navorsingsontwerp wat gebruik maak van 'n nie-eksperimentele kwantitatiewe metode deur middel van 'n vraelys wat geskik is om die navorsingsvrae te beantwoord.

Metodologie word dikwels beskou as die kern van enige navorsingsontwerp. Kerlinger noem dat dit 'n mite is dat navorsingsmetodologie en navorsingsontwerp sinoniem is (Bean, 2006). Metodologie verwys na die middele wat gebruik word om 'n deel van die navorsing wat spesifiek na data-insameling en data-analise verwys, te doen.

It (methodology) is subservient to choosing an important topic to study, matching the research problem and the methodology, and knowing what the results mean and how they can be applied. To do good research, the methodology used should be appropriate for the problem addressed (Bean, 2006).

In die afdelings wat volg, word die instrument wat gebruik is, prosedures tydens die studie en etiese oorwegings bespreek.

3.3.2 Kwantitatiewe navorsingsontwerp

'n Kwantitatiewe studie is 'n ondersoek gefokus op 'n sosiale of menslike probleem, gebaseer op die toets van teorieë wat bestaan uit veranderlikes wat in syfers gemeet kan word en met statistiese prosedures geanaliseer kan word met die doel om te bepaal of voorgestelde veralgemenings van die teorie waar is al dan nie (Creswell, 2003).

'n Kwalitatiewe studie, aan die ander kant, behels 'n ondersoek na 'n sosiale of menslike probleem met die oog op die verstaan daarvan deur die bou van 'n komplekse, holistiese uitgangspunt, gevorm deur woorde wat gerapporteer word as gedetailleerde beskouings van die deelnemers. Kwalitatiewe navorsing vind plaas in 'n realistiese opset waar interaksie tussen die navorser en die deelnemers plaasvind. Daar word gepoog om die afstand tussen die navorser en die deelnemers ten alle koste so klein as moontlik te hou (Creswell, 2003). By kwantitatiewe navorsing behou die navorser egter afstand en bly hy of sy so ver as moontlik onafhanklik van dit wat ondersoek word.

In kwantitatiewe navorsing kan van vraelyste gebruik gemaak word om die navorsingsvrae te beantwoord. Volgens Mouton (2001) is die gebruik van vraelyste in kwantitatiewe navorsingsontwerpe gewild en gepas. In hierdie studie is van 'n selfrapportvraelys, die Beck Depressie Vraelys (BDI-IA) gebruik gemaak om die voorkoms van depressie onder graad 10-leerders in skole in Stellenbosch te ondersoek.

In die afdelings wat volg, word die instrument wat gebruik is, die prosedures wat tydens die studie gevolg is, die etiese oorwegings en tekortkominge bespreek.

3.4 ETIESE OORWEGINGS

Etiese standarde in enige professie verskaf riglyne wat 'n deurslaggewende rol kan speel by die uitvoer en verslagdoening van navorsing. Aangesien etiese standarde bloot algemene riglyne verskaf vir die uitvoering van navorsing, lê die verantwoordelikheid om 'n studie eties aanvaarbaar uit te voer, hoofsaaklik by die navorser en die metodes en prosedures wat gevolg is voor, tydens en na afloop van die spesifieke studie. Elke navorser in die sosiale wetenskappe behoort uit die staanspoor bewus te wees van die algemeen aanvaarde etiese standarde in die betrokke veld (Babbie, 2004).

Ethical issues arise out of our interaction with other people, other beings (such as animals), and the environment, especially where there is the potential for, or is, a conflict of interest. The right thing to do is not always self-evident. In many cases, what is right for me may not be right for other people. In some cases, doing the right thing might involve placing the greater good above specific benefits that might accrue to me (Babbie & Mouton, 2005, p. 520).

Etiese kwessies in sosiale navorsing sluit in besluitneming oor vrywillige deelname, geen skade aan die deelnemers, anonimiteit, konfidensialiteit, eerlike optrede deur die navorser met betrekking tot inligting aan die deelnemers oor die werklike doel van die navorsing, en die analise en rapportering van die bevindinge (Babbie & Mouton, 2005).

Etiese optrede deur die navorser tydens die studie het toestemming van verskeie instansies genoodsaak. Die navorser het toestemming van die Wes-Kaapse Onderwysdepartement (WKOD) verkry om navorsing by vier skole in Stellenbosch te doen (Addendum A). Daarna is daar skriftelike toestemming van die skoolhoofde van die betrokke skole (Addendum D) verkry. Toestemmingsbriewe is aan die leerders verskaf waarin hul ouers of voogde, die deelnemers self en die navorser verklaar dat die navorsing aan al die deelnemers verduidelik is en hul regte as deelnemers verduidelik is (Addendum E). Die deelnemers is genoeg tyd gegun om vrae te vra. Die navorser se kontaknommer is ook aan al die ouers en deelnemers verskaf om te verseker dat enige onduidelikhede telefonies uitgeklaar kon word. Die deelnemers en hul ouers is duidelik en ondubbelsinnig ingelig oor die doel

van die studie en wat dit behels. Na deeglike ondersoek en korrespondensie met die navorser het die Etiese Komitee van die Universiteit van Stellenbosch die studie goedgekeur (Addendum B).

'n Etiese dilemma het rondom die anonieme deelname van die respondente ontstaan. Indien al die deelnemers anoniem sou deelneem, sou die navorser haar etiese plig om in die belang van die deelnemers op te tree kon versuim, aangesien respondente met ernstige depressiesimptome nie na afloop van die voltooiing van die vraelys opgespoor sou kon word nie. Aanvanklik het die navorser 'n inligtingssessie met ouers en personeel na afloop van die studie beplan. Aangesien persoonlike inligting oor die leerders nie tydens so 'n sessie bekend gemaak kan word nie, is hierdie opvolgmetode daar gelaat. Die voordeel van 'n inligtingssessie is dat die leerders anoniem deelneem wat die kans op eerlike response verbeter. 'n Verdere oorweging was dat elke deelnemer die totaal van sy of haar individuele telling na afloop van die voltooiing van die vraelys bereken. 'n Spasie daarvoor is op die vraelys aangedui. Die deelnemers is dan ingelig dat, indien hul tellings hoër as 'n sekere getal was, hulle hul skoolvoorganger daarvan in kennis moes stel, sodat hulle moontlik deur 'n professionele praktisyn vir depressie geassesseer kon word. Die voordeel hiervan is dat die deelnemers steeds anoniem bly en dat die deelnemers, indien hulle hul tellings by die skoolvoorganger aanmeld, professionele ondersteuning kan kry. Die etiese probleem hier lê egter daarin dat die kinders minderjarig is en dat hul ouers eintlik van hul hoër tellings ingelig behoort te word sodat nie slegs die deelnemers self daarvan bewus is nie.

Daar is besluit om gebruik te maak van toelatingsnommers wat aan 'n deelnemer se naam gekoppel is. Die voordeel hiervan is dat die individu maklik opgespoor kan word en sy of haar ouers ingelig kan word of na professionele praktisyne verwys kan word. Die nadeel hiervan is egter dat 'n nommer gekoppel aan 'n naam anonieme deelname belemmer. Bekommernis het by die navorser ontstaan dat die resultate van nie-anonieme deelname van die deelnemers moontlik hul response sou beïnvloed en sodoende nie 'n ware refleksie van die voorkoms van depressiesimptome sou lewer nie.

Die voltooiing van die BDI-IA vraelyste het geskied onder toesig van geregistreerde sielkundiges. Aangesien die vraelys sensitiewe en persoonlike inligting oor depressiesimptome ondersoek, is daar verseker dat die deelnemers ondersteuning sou kon ontvang indien nodig.

'n Verdere etiese maatreël wat geïmplementeer is, is die vrywillige deelname van die respondente, aangesien sensitiewe inligting oor hul gemoedstoestand ondersoek word. Etiese standaarde benadruk ook dat deelname van respondente aan die studie geen skade aan hulle behoort te berokken nie. Die vraelyste is afgelê in 'n veilige omgewing waar berading tot hul beskikking was indien hul dit sou benodig. Daar is ook toegesien dat dit duidelik aan al die respondente gestel is dat alle inligting wat op die vraelyste verskaf en ingevul sou word, konfidensieel hanteer sou word.

Die konfidensiële hantering van al die data het die navorser verplig om die data veilig te stoor. Konfidensialiteit is ook tydens die statistiese verwerking van die data toegepas deurdat enige moontlike verband tussen die respondent en sy of haar antwoordkeuse eers deur die navorser self verwerk is voordat die data statisties ontleed is. Die deelnemers is in kennis gestel dat die navorsing deel uitmaak van 'n navorsingstudie ter gedeeltelike voltooiing van 'n MEdPsig-graad en dat die resultate van die studie moontlik in 'n artikel gepubliseer sou word.

3.5 DATA-INSAMELING

Volgens Ercikan en Roth (2006) is meetinstrumente die primêre middel vir die insameling van data. Ercikan en Roth (2006) noem dat dit krities is dat die meetinstrument wat gebruik word, goed by die navorsingsvrae en die doel van die studie moet aansluit om die geldigheid van die navorsing te verseker.

Data-insameling deur middel van 'n vraelys (soos in hierdie studie gebruik is) sluit drie algemene metodes vir die administrasie van 'n vraelys in: selfrapportvraelyste, vraelyste wat van aangesig tot aangesig geadministreer word en vraelyste wat telefonies hanteer word (Babbie, 2001).

In hierdie studie is gebruik gemaak van 'n selfrapportvraelys. Respondente is gevra om die vraelys self op hul eie tyd, maar onder toesig, te voltooi. 'n Probleem ontstaan in navorsing wat deur middel van selfrapportvraelyste gedoen word, aangesien die aantal response die sukses van studie kan ondermyn (Babbie, 2001). Om hierdie hindernis te oorbrug, is die vraelyste per klas per skool afgelê tydens 'n periode wat deur die onderskeie skoolvoorgligters gereël is. Die vraelyste is direk daarna opgeneem en veilig gestoor. Dit was egter problematies om die toestemmingsbriewe van die ouers betyds in te samel, en dit het die proses van data insameling vertraag.

Data insameling het plaasgevind deur die administrasie van die Beck Depressie Vraelys op graad 10-leerders in vier skole in die Stellenbosch omgewing. Die administrasie van die vraelys het by die skole self in skoolure tydens die tweede skoolkwartaal in 2008 plaasgevind. Data aangaande die voorkoms van depressie, verskil tussen die voorkoms van depressie in terme van geslag (seuns en dogters), asook ook data wat dui op die simptomatologie van depressie wat voorkom onder die leerders is deur die administrasie van die vraelys ingewin. Hierdie data is statisties geanaliseer om die navorsingsvrae aan te spreek.

3.6 INSTRUMENT

Die gebruik van vraelyste is spesifiek bruikbaar in studies waar die eienskappe van 'n groot populasie beskryf word. 'n Versigtig gekose populasie in kombinasie met 'n gestandaardiseerde vraelys skep die geleentheid om suiwer beskrywende afleidings van 'n groep leerders, die skoolomgewing, die Stellenbosch-omgewing of nasie te kan maak (Babbie, 2001). Deur vraelyste as instrument vir data-insameling te gebruik, is dit moontlik om groot populasies te gebruik aangesien 'n groot populasie vir beide beskrywende en verduidelikende analise belangrik is (Babbie, 2001). Hierdie studie het egter nie gebruik gemaak van 'n enorme populasie nie, maar wel van 202 leerders. Die gebruik van vraelyste bied meer vryheid of buigsaamheid by die analise, en operasionele definisies van werklike observasies kan gegee word. Laastens kan veralgemening van dit wat ondersoek word deur die gebruik van 'n gestandaardiseerde vraelys plaasvind (Babbie, 2001). Die navorser

benadruk dat die tipe steekproef 'n bepalende faktor by die veralgemening van die resultate is. Aangesien hierdie studie van 'n nie-waarskynlikheidsteekproef gebruik maak, word die veralgemening van resultate ten sterkste afgeraai. Die steekproef is in afdeling 1.4.2.2 bespreek.

Die gebruik van gestandaardiseerde vraelyste is in sekere gevalle nadelig omdat dit soms as oppervlakkig voorkom. Dit handel ook selde oor die werklike konteks van die sosiale lewens van die respondente. Vraelyste kan inligting verskaf oor 'n sekere area wat ondersoek word, maar kan selde 'n gevoel vir die totale lewensituasie van die deelnemers ontwikkel (Babbie & Mouton, 2005). Die fokus van hierdie studie is gerig op die simptome van depressie wat by graad 10-leerders voorkom, en daar is nie gepoog om die lewensituasie of die konteks waarin die deelnemers hul bevind, te ondersoek nie.

3.6.1 Beck se hersiene depressievraelys van 1978 (BDI-IA)

Die oorspronklike uitgawe van die BDI is in 1961 deur Beck, Ward, Mendelson, Mock en Erbauch bekendgestel. Hierdie 1961 instrument is in 1978 hersien (Groth-Marnat, 1990) en word ook verwys na as die BDI-IA. Die oorspronklike 1961 instrument was aanvanklik 'n gestruktureerde onderhoud waar 'n terapeut 21 mondelinge stellings aan 'n kliënt maak waar die kliënt dan die beskrywing kies wat die meeste by sy/haar gevoelens op daardie oomblik aansluit (Dahlstrom, Brooks & Peterson., 1990). Die hersiene 1978 uitgawe het duideliker stellings bevat wat meer toeganklik was vir selfadministrasie en het ook toegelaat vir eenvoudige berekening van die tellings (Beck & Steer, 1984). Hierdie hersiene uitgawe verskil van die 1961 uitgawe in die dat dit resondente vra om hul gevoelens te beskryf van die afgelope week, insluitende die spesifieke dag van adnistrasie van die vraelys. Die 1961 vraelys het slegs gevoelens ondersoek soos ervaar op van die dag van administrasie (Beck & Steer, 1984).

Meer onlangs (1996) is die BDI weer hersien, Beck Depressievraelys – Tweede Uitgawe (BDI-II) (Steer et al., 1998; Wishman, Perez & Ramel, 2000). Die BDI-II is ontwikkel om aan te pas by die diagnostiese kriterie van

die DSM-IV (APA, 1994). Vier nuwe items is in hierdie vraelys ingesluit (opgewektheid, waardeloosheid, konsentrasieprobleme en verlies aan energie) en vier items is uitgelaat (gewigsverlies, veranderinge in liggaamsbeeld, somatiese pre-okupasie en probleme ten opsigte van werkverrigting) (Steer et al., 1998; Wisman, Perez & Ramel, 2000). Die BDI-II verskil verder van die vorige uitgawes aangesien die tydspanne van een week verleng is na twee weke (Steer et al., 1998; Wisman, Perez & Ramel, 2000).

Beide die uitgawes BDI en BDI-IA bevat 21 items wat die karaktereienskappe in houdings, simptome van depressie en die graad van depressie meet met 'n teikengroep van volwassenes en adolessente van 13 jaar en ouer (Beck et al., 1961). Die items dek simptome soos ongelukkigheid, pessimisme, gevoelens van mislukking, ontevredenheid, skuldgevoelens, strafverwagting, selfminagting, selfverwyt, selfmoordgedagtes, episodiese huilery, geïrriteerdheid, sosiale onttrekking, besluiteloosheid, verandering in liggaamsbeeld, probleme ten opsigte van werkverrigting, slaaploosheid, vatbaarheid vir vermoeïing, verlies aan aptyt, gewigsverlies, somatiese pre-okkupasie en verlies aan libido (Beck et al., 1996; Beck & Steer, 1984). Elke item word beoordeel op 'n Likert-tipe vierpuntskaal van nul tot drie. Nul dui die minste teenwoordigheid van 'n simptome aan, terwyl 3 die mees intense teenwoordigheid van 'n simptome aandui. Die maksimum telling is 63. Volgens L.R. van der Westhuizen (persoonlike kommunikasie, November, 14, 2008) dui tellings van 0 – 9 op minimale simptome van depressie, 'n telling tussen 10 – 16 dui op ligte simptome van depressie, tellings tussen 17 en 29 dui op matige simptome en tellings van 30 – 63 dui ernstige simptome van depressie aan. Tellings laer as 4 kan moontlik die ontkenning van depressie of "faking good" aandui, aangesien hierdie tellings laer as normaal is (Stinton, 2005). Groth-Marnat (1990) noem dat tellings bo 40 selfs hoër is as beduidende depressie en die outeur stel voor dat individue met tellings hoër as 40 moontlik die depressiesimptome opblaas, wat waarskynlik kan dui op eienskappe van histrioniese of grenspersoonlikheidsversteurings. Kendall et al. (1987) is van mening dat 'n tellingtotaal van 20 en hoër op die teenwoordigheid van depressie dui.

Die BDI-IA neem ongeveer 15 minute om af te lê, alhoewel respondente met 'n leervermoë van graad vyf of ses die items moeilik kan vind (Groth-Marnat, 1990).

3.6.2 Betroubaarheid en geldigheid van die BDI-IA

Stinton (2005) gee 'n opsomming van die betroubaarheid en geldigheid van die BDI soos aangedui in die literatuur (Beck et al., 1961; Beck et al., 1988; Beck, Steer & Garbin, 1988; Groth-Marnat, 1990).

Volgens Stinton (2005) wissel die interne betroubaarheid van die BDI van .73 tot .92 met 'n gemiddeld van .86. 'n Studie deur Beck en Steer (1984) het bepaal dat beide die 1961 en die 1978 (BDI-IA) BDI uitgawes hoë vlakke van interne betroubaarheid toon en onderskeidelik 'n alfa koëffisiënt van .88 en .86 getoon het. Die BDI-IA toon dus hoë interne betroubaarheid vir psigiatriese en nie-psigiatriese populasies.

Steer et al. (1998) het aangedui dat die betroubaarheid en geldigheid van die BDI-IA vergelykbaar is met die betroubaarheid en geldigheid van die BDI-II. Wat die geldigheid van die BDI-II betref, het 'n meta-analise van die psigometriese eienskappe van die hersiene weergawe van die BDI-II, soos bestudeer deur Richter, Werner, Heerlein, Kraus en Sauer in 1998 (Michalak et al., 2004), gedui op hoë inhoudsgeldigheid en geldigheid wat differensieer tussen depressiewe en nie-depressiewe subjekte.

Die BDI-IA is 'n gepaste instrument vir hierdie studie en die navorser kon daarin slaag om die voorkoms van depressiesimptome by die respondente te bepaal. Die BDI-IA self kan nie verantwoordelik wees vir die sukses van die studie nie, maar die navorsingsmetodiek wat in die studie aangewend word, dra net soveel tot die sukses daarvan by.

3.6.3 Betroubaarheid en geldigheid van die Afrikaanse vertaling van die BDI-IA

The widespread use of translated or adapted versions of tests in multicultural research ... demonstrates the need for, and interest in, using the same measure in multiple languages and cultures... In this

scenario, the validity of the research and the validity of interpretations are critically tied to the appropriateness of the measures selected for the purpose of the research (Ercikan & Roth, 2006, p. 455).

In die lig van die bogenoemde word die geldigheid en die betroubaarheid van die Afrikaanse vertaling van die BDI-IA hier genoem. Die Afrikaanse weergawe van die BDI-IA soos deur A.T. Möller in 1988 met toestemming van die *Foundation for Cognitive Therapy and Research* vertaal, is in hierdie studie gebruik. Die vertaling is deur middel van die Brislin-metode van terugvertaling gedoen. Volgens Storkey (2006) is die vertaalde weergawe nie gestandaardiseer nie. Uit persoonlike ervaring kan die navorser egter aandui dat die vertaalde weergawe in Afrikaans deur baie praktisyns met groot sukses in die verlede in die Stellenbosch-omgewing aangewend is.

3.7 NAVORSINGPROSEDURES

3.7.1 Toestemming

Toestemming om navorsing te doen by vier hoërskole in die Stellenbosch-omgewing is verkry van die Wes-Kaapse Onderwysdepartement (WKOD). Die WKOD bevorder die doen van navorsing en het die voorwaarde gestel dat die data-insameling voor einde Mei 2008 geskied, voor die aanvang van die Junie-eksamens. Verder het die WKOD vereis dat 'n verslag met die resultate aan die WKOD gestuur word na afloop van die studie. Die Etiese Komitee van die Universiteit Stellenbosch het toestemming gegee dat die studie gedoen kon word vir 'n 50%-tesis ter voltooiing van die graad MEd Psig. Skriftelike toestemming is ook van die betrokke skoolhoofde, die ouers van die graad 10-leerders en die leerders self verkry om die data in te samel.

3.7.2 Voltooiing van vraelyste

Data-insameling het in Mei 2008 by vier skole in Stellenbosch plaasgevind. Die vraelyste is tydens skoolure by die vier skole deur 'n totaal van 202 respondente onder toesig van 'n geregistreeerde sielkundige voltooi. Soos reeds in afdeling 3.4 genoem, is die vraelyste tydens skoolure tydens 'n spesifieke, geskeduleerde periode voltooi. Die voltooiing van die vraelyste het ongeveer 20 minute geduur. 'n Geregistreeerde sielkundige was teenwoordig

om deelnemers wat negatiewe emosies ervaar het, behulpsaam te wees. Die betrokke sielkundige se kontakbesonderhede is aan die skool verskaf indien enige van die deelnemers later negatiewe emosionele reaksies sou ervaar.

3.7.3 Statistiese verwerking

Statistiese verwerking van die data het daarna plaasgevind om die navorsingsvrae te beantwoord. Vir beskrywende doeleindes is frekwensietabelle (vertoon deur middel van histogramme), gemiddeldes, minimum- en maksimumwaardes gerapporteer. Om te bepaal of die verskille tussen subgroepe van kinders was, is gebruik gemaak van eenrigting-variensieontleding. Bonferroni-aanpassings is gebruik om te korreger vir meervoudige toetsing. Die resultate is aangeteken en word in hoofstuk 4 aangebied.

3.8 BETROUBAARHEID EN GELDIGHEID

Die betroubaarheid en geldigheid van die studie is deur Cronbach se alfakoëffisiënttoets bepaal en word volledig in afdeling 4.4 bespreek. Die resultate van Cronbach se alfakoëffisiënttoets, dui op hoë betroubaarheid en hoë geldigheid van hierdie studie.

3.9 DATA-ANALISE

Data-analise behels die opbreek van die data in beheerbare dele om sekere temas, patrone, neigings en verhoudings aan te dui. Mouton (2001) noem dat die doel van data analise is om begrip te vorm vir die verskeie elemente wat uit die data na vore kom, asook om vas te stel watter patrone en temas geïdentifiseer kan word. Die data in hierdie studie is die response van die respondente op die items van die BDI-IA.

3.10 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is die navorsingsparadigma, naamlik 'n post-positivistiese paradigma, en metodologie bespreek. 'n Kort bespreking oor relevante etiese oorwegings en dilemmas het daarna gevolg. Die instrument, BDI-IA, wat in hierdie studie gebruik is, asook die data-insamelings- en verwerkingsproses is

hier bespreek, gevolg deur 'n uiteensetting van die navorsingsprosedures wat gevolg is. Die geldigheid en betroubaarheid van die studie is kortliks bespreek, gevolg deur enkele tekortkominge wat deur die navorser self geïdentifiseer is. In die volgende hoofstuk word die bevindinge aangebied en bespreek.

HOOFSTUK 4

BEVINDINGE VAN DIE STUDIE: AANBIEDING EN BESPREKING

4.1 INLEIDING

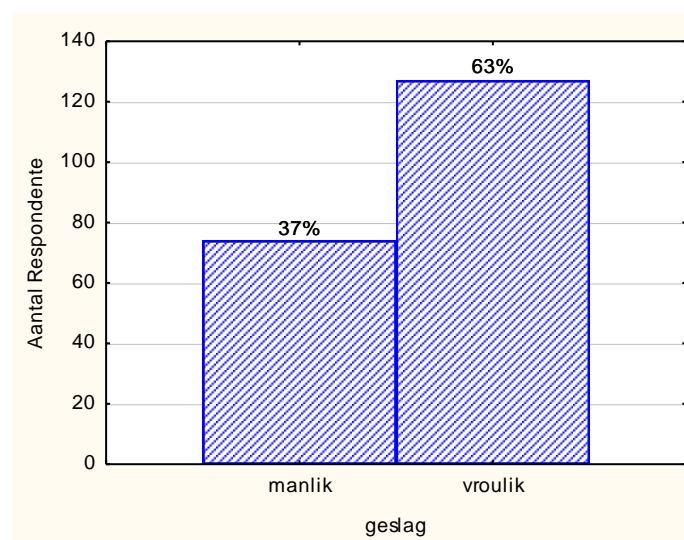
In hierdie hoofstuk word die statistiese analise van die resultate van die vraelys aangebied en bespreek. In Afdeling 4.2 tot 4.4 word die demografiese inligting van die respondente asook bykomende inligting aangaande vorige diagnose, die ouderdom waarop respondente gediagnoseer is en of behandeling daarvoor ontvang is of nie aangebied en bespreek. Bevindinge ten opsigte van die tellingtotale van die respondente, die tellingtotale volgens die kliniese kategorieë, geslagsverskille ten opsigte van die tellingtotale en ook die verspreiding van die tellingtotale in skoolverband word in afdeling 4.5 aangebied en bespreek in afdeling 4.6. In afdeling 4.7 word die resultate van die response op die individuele items van die BDI-IA aangebied en bespreek in afdeling 4.8. In afdeling 4.8 word ook die resultate van hierdie studie vergelyk met die ontwikkelingsfase waarin die adolessent hom/haar bevind. Dit word gevolg deur 'n bespreking van die betroubaarheid van die response van die respondente in die BDI-IA in afdeling 4.9 'n Kort opsomming en gevoltrekking sluit die hoofstuk af in afdeling 4.10.

4.2 DEMOGRAFIESE INLIGTING VAN RESPONDENTE

Demografiese inligting oor die respondente is ingesamel in die vorm van 'n bykomende afdeling wat voor die aanvang van die BDI-IA voltooi is. Weens etiese bekommernisse en die behoud van konfidensialiteit van die respondente en die skole is slegs enkele demografiese faktore ondersoek. Demografiese inligting omtrent ouderdom, geslag en graad is ingesamel. Afrikaanssprekende graad 10-leerders van vier skole in Stellenbosch is genader om aan die studie deel te neem, en 520 leerders het toestemmingsbriewe ontvang. Die vraelys is deur 201 respondente voltooi. Die responsvlak is 38.65%. 'n Groot aantal van die leerders wat nie aan die

studie deelgeneem het nie, het genoem dat hulle vergeet het om hul toestemmingsbriewe te laat onderteken. Ander leerders het gemeld dat hulle nie belangstel om aan die studie deel te neem nie en dat hulle eerder hul tyd meer effektief wou aanwend as om 'n vraelys te voltooi. Enkeles het gevoel dat hulle onlangs 'n traumatiese ervaring beleef het en wou hulself nie aan die vrae van die BDI-IA blootstel nie omdat hulle te emosioneel was om die vraelys te voltooi. Die gemiddelde ouderdom van die deelnemers is 16 jaar. Al die respondente was tydens die datainsameling in graad 10.

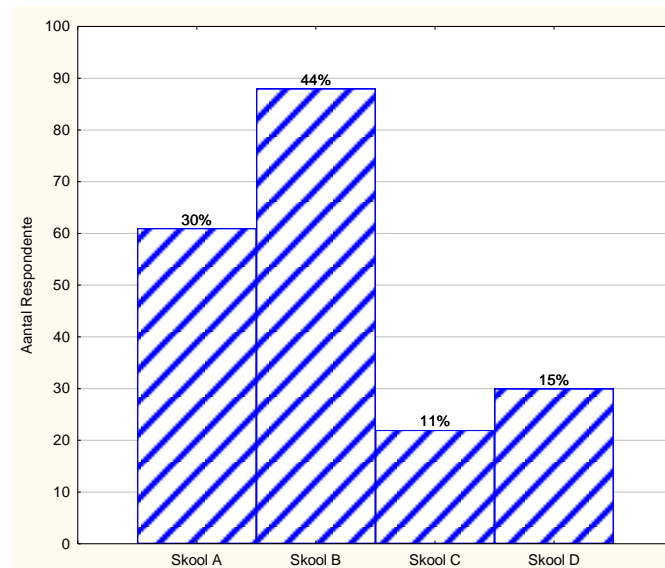
Figuur 4.1 hieronder dui die geslagsverspreiding van die respondente aan.



Figuur 4.1: Geslagsverspreiding van die respondente

Figuur 4.1 dui aan dat 37% (74) van die respondente manlik was en dat 63% (127) van die respondente vroulik was ($n=201$).

In figuur 4.2 word die verspreiding van die studente in skoolverband aangedui. Soos reeds genoem, het respondente van vier skole aan die studie deelgeneem (skole, A, B, C en D).



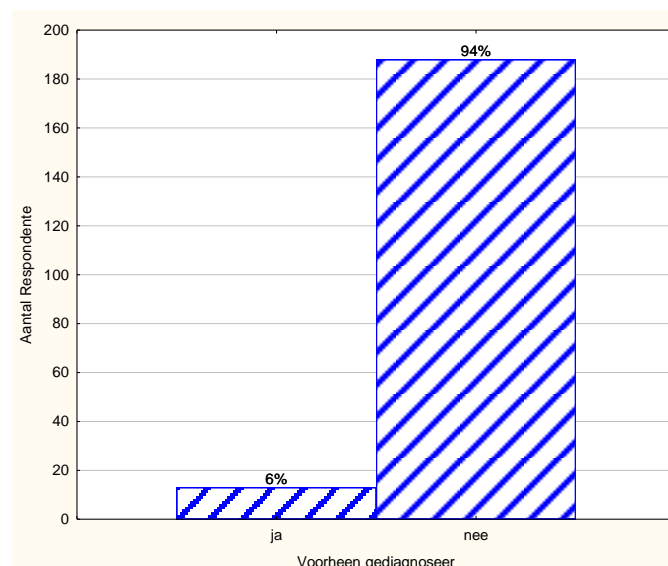
Figuur 4.2: Verspreiding van respondente in skoolverband

Skole A en B was skole met 'n hoë sosio-ekonomiese agtergrond, Skool C was in 'n voorheen benadeelde gemeenskap, en Skool D was van 'n gemengde sosio-ekonomiese agtergrond. Skool A verteenwoordig 30% (61), skool B 44% (88), skool C 11% (22) en skool D 15% (30) van die respondente (n=201). Die verspreiding van die deelname aan die studie in terme van sosio-ekonomiese agtergrond dui aan dat die grootste meerderheid van die deelnemers (74%) uit 'n hoë sosio-ekonomiese agtergrond aan die studie deelgeneem het. Net minder as 'n derde (30%) uit 'n gemengde sosio-ekonomiese agtergrond het aan die studie deelgeneem, en 22% van die respondente het uit die voorheen benadeelde groep gekom. By al vier skole is ewe veel potensiële respondente genader. Faktore soos oerbetrokkenheid, algemene belangstelling van die leerders om aan die navorsing deel te neem asook die samewerking van die skole kon moontlik die responsvlak per skool beïnvloed het. As navorser is ek van mening dat die grootste faktor vir die deelname aan die studie aansluit by die mate waartoe toestemmingsbriewe wat deur die ouers sowel as die deelnemers onderteken moes word, ingehandig is al dan nie.

4.3 AANBIEDING VAN DIE RESULTATE: VORIGE DIAGNOSE, OUDERDOM VAN VORIGE DIAGNOSE, MEDIKASIE EN/OF PSIGOTERAPIE ONTVANG

In hierdie studie is gebruik gemaak van 'n nie-waarskynlikheidsteekproef. Die implikasie is dat die resultate met sorg hanteer word en nie met die algemene populasie vergelyk behoort te word nie. Die nadeel van die gebruik van 'n nie-waarskynlikheidsteekproef in sosiale wetenskappe is reeds in afdeling 1.4.2.2 bespreek.

In figuur 4.3 word die resultate van 'n vorige diagnose by die respondente aangedui.

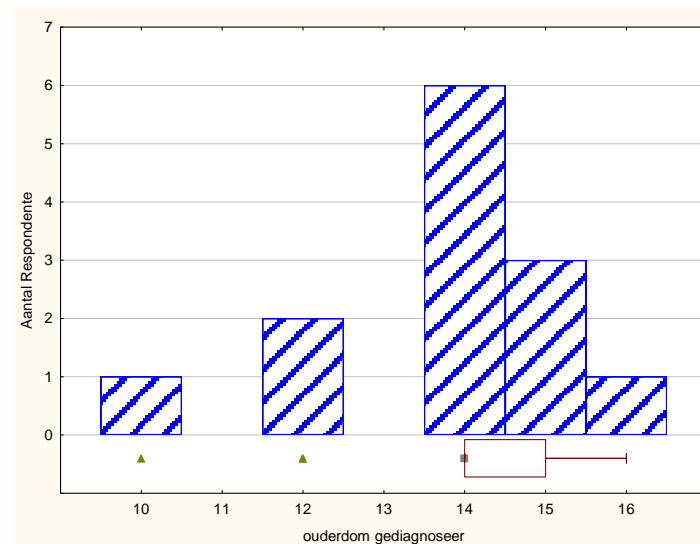


Figuur 4.3: Vorige diagnose

Addisioneel tot die demografiese inligting, is inligting ingesamel in verband met vorige diagnoses van depressie onder die respondente, die ouderdom waarop die leerders gediagnoseer is en watter tipe ondersteuning (medikasie en/of psigoterapie), indien enige, ontvang is. Vir die navorser is hierdie inligting belangrik, aangesien persoonlike ervaring en literatuur rondom depressie aandui dat 'n minderheid adolessente wat depressiesimptome toon wel met depressie gediagnoseer word. Soos reeds genoem, ontvang selfs minder adolessente ondersteuning vir hul depressie. Figuur 4.3 dui aan dat

6% (13) van die respondente wel in die verlede met depressie gediagnoseer is en dat 94% (188) nog nooit in die verlede met depressie gediagnoseer is nie (n=201).

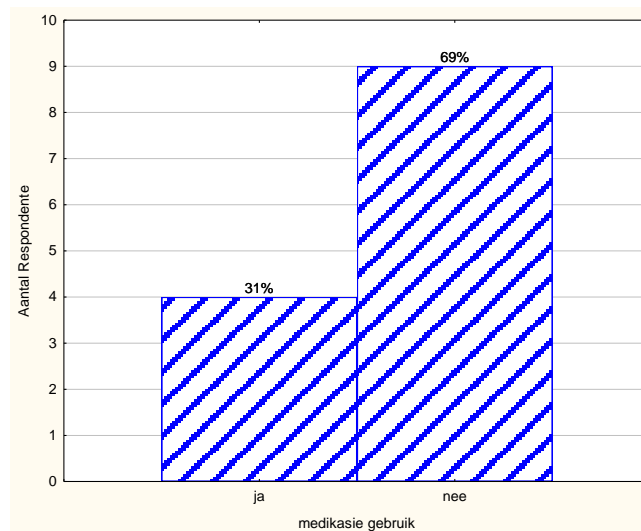
Figuur 4.4 hieronder dui die ouderdom van vorige diagnoses wat by die respondente gemaak is, aan.



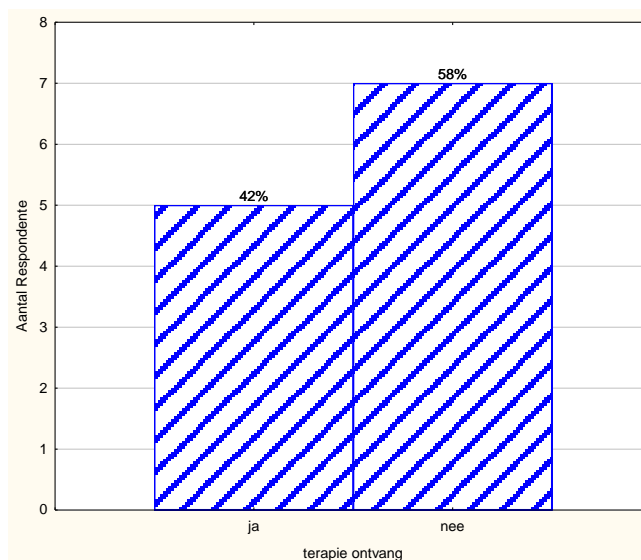
Figuur 4.4: Ouderdom van vorige diagnose

Figuur 4.4 dui aan dat die ouderdomme van respondente wat voorheen met depressie gediagnoseer is, wissel tussen 10 en 16 jaar. In die verlede is een respondent op die ouderdom van 10 jaar, twee respondente op die ouderdom van 12 jaar, ses respondente op die ouderdom van 14 jaar, drie respondente op die ouderdom van 15 jaar en een respondent op die ouderdom van 16 jaar met depressie gediagnoseer. Die gemiddelde ouderdom waarop diagnoses gemaak is, is 13.77 jaar met 'n mediaan van 14.0.

Figuur 4.5 en figuur 4.6 hieronder dui aan hoeveel van die respondente wat met depressie gediagnoseer is, medikasie vir hul depressie ontvang het en hoeveel van die respondente psigoterapie vir hul depressie ontvang het.



Figuur 4.5: Medikasie ontvang



Figuur 4.6: Psigoterapie ontvang

Die bostaande figure dui aan dat 31% (4) van die respondente wat met depressie gediagnoseer is, wel medikasie vir hul toestand gebruik het, in teenstelling met 69% (9) wat nie medikasie ontvang het nie. Die respondente se response op die vraag of hul psigoterapie ontvang het, het hoër tellings aangedui, met 42% (5) van die respondente wat psigoterapie ontvang het en 58% wat nie psigoterapie ontvang het nie.

4.4 BESPREKING: VORIGE DIAGNOSE, OUDERDOM VAN VORIGE DIAGNOSE, MEDIKASIE EN/OF PSIGOTERAPIE ONTVANG

Soos in figuur 4.3 aangedui, is 6% van die respondente in die verlede met depressie gediagnoseer. Hierdie bevinding strook met Mash en Wolfe (2005) se bevindinge wat aandui dat gemoedsversteurings by 6% van alle kinders op enige gegewe tydstip voorkom. Strauss et al. (1995) dui egter aan dat algemene praktisyns depressie waarskynlik onderdiagnoseer. Hulle is verder van mening dat die voorkoms van depressie veel hoër is as wat algemeen aanvaar word. Martin en Cohen (2000) benadruk die feit dat slegs 'n klein proporsie van adolessente met depressie herken word en dat selfs minder ondersteuning, hetsy medikasie of psigoterapie, daarvoor ontvang.

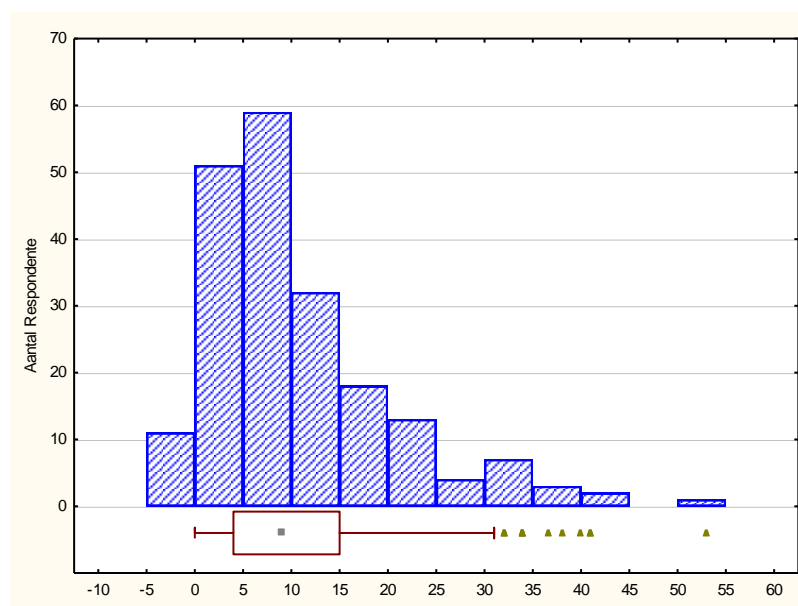
In Figuur 4.4 is aangedui dat die ouderdomme van vorige diagnose van die respondente in hierdie studie wissel tussen 10 en 16 jaar met 'n gemiddelde ouderdom van 13.77 jaar. Hierdie bevinding strook met bevindinge dat die aanvangsoudersdom van depressie onder kinders en adolessente oor die algemeen tussen die ouderdomme van 13 jaar en 15 jaar is (Mash & Wolfe, 2005).

Figuur 4.5 dui aan dat ongeveer een derde van die respondente wat met depressie gediagnoseer is, medikasie ontvang het. Hierdie resultate kom ooreen met dié van Martin en Cohen (2000) dat slegs 'n klein proporsie van adolessente wat wel met depressie gediagnoseer word, medikasie daarvoor ontvang. Meer as die helfte van die respondente het psigoterapie ontvang. Hierdie verskille in ondersteuningsmiddele kan moontlik toegeskryf word aan gebrekkige navorsing aangaande farmakologiese ondersteuning vir adolessente met depressie, terwyl ervaring en kennis omtrent volwasse ondersteuning direk oorgedra word op adolessensie. By die voorskryf van medikasie vir kinders en adolessente word faktore soos veiligheid, effektiwiteit, nuwe-effekte en familiegeskiedenis in ag geneem (Stark et al., 2006a). Die algemene gevoel rondom die gebruik van medikasie by kinders en adolessente mag moontlik ook 'n invloed uitoefen, aangesien nuwe-effekte soos rusteloosheid, verminderde aptyt, 'n omgekrapte maag, hoofpyn, slaapversteurings en aggressie kan voorkom (Stark et al., 2006a). Die

respondente wat met depressie gediagnoseer is en wat psigoterapie ontvang het, het hoër syfers getoon, en 42% van die respondente met 'n diagnose van depressie het wel psigoterapie ontvang.

4.5 AANBIEDING: RESULTATE TEN OPSIGTE VAN TELLINGTOTALE

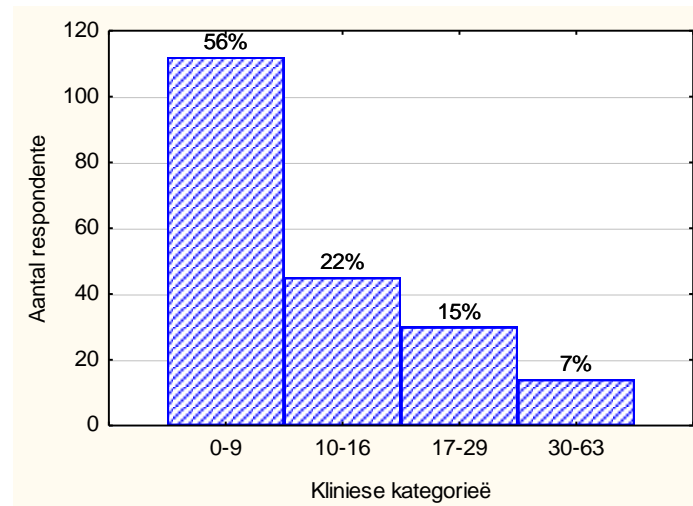
In hierdie afdeling word die resultate ten opsigte van die tellingtotale aangebied. By die interpretasie van die BDI-IA speel die tellingtotale 'n groot rol aangesien dit aandui tot watter mate 'n individu depressie ervaar. In figuur 4.7 hieronder word die tellingtotale in 'n histogram aangedui.



Figuur 4.7: Uiteensetting van tellingtotale

Figuur 4.7 dui aan dat die grootste aantal respondente tellingtotale tussen 5 en 15 behaal het, met 'n gemiddelde telling van 9. Elf respondente het nul-tellings behaal. Sestien respondente het tellings hoër as die norm behaal, met een respondent met 'n telling van 55 ($n=201$).

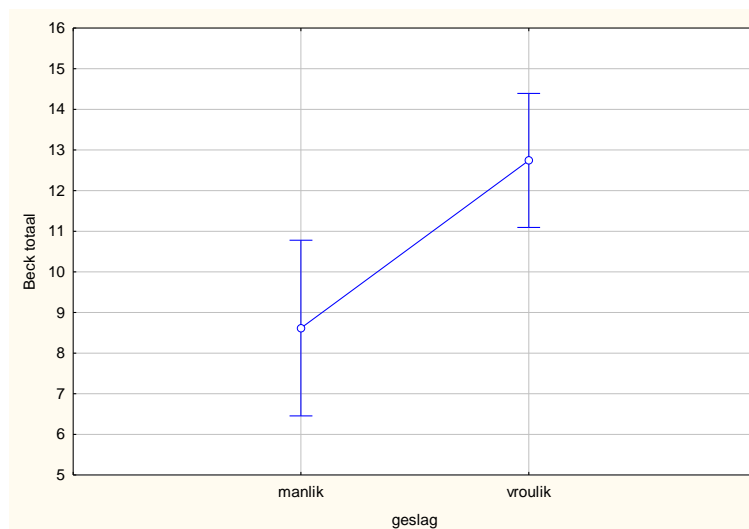
Figuur 4.8 hieronder dui die tellingtotale aan ooreenkomstig met die kliniese kategorieë.



Figuur 4.8: Uiteensetting van riglyne vir die interpretasie van tellingtotale

Tellings in die kategorie 0-9 dui op minimale simptome van depressie. In hierdie kategorie val 56% (113) van die respondente. Die grootste meerderheid respondente val dus in die kategorie wat nie dui op depressie nie. Die kategorie 10-16 gee 'n aanduiding van respondente wat ligte depressiesimptome ervaar, en 22% (44) van die respondente val in hierdie kategorie. Kategorie 17-29 sluit 15% (30) van al die respondente wat matige simptome van depressie ervaar, in. Ernstige simptome van depressie kom voor by 7% (14) respondente in die kategorie 30-63 (n=201).

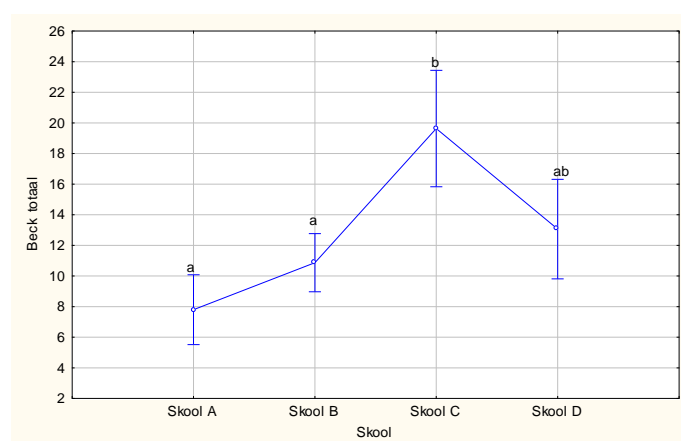
In figuur 4.9 hieronder word die geslagsverskille ten opsigte van die tellingtotale aangedui.



Figuur 4.9: Geslagsverskille ten opsigte van tellingtotaal

Figuur 4.9 dui aan dat die gemiddelde totaaltelling by manlike respondente 8.61 is en die gemiddelde totaaltelling by vroulike respondente 12.74 is ($p < 0.01$) ($n = 201$). Daar is dus 'n beduidende verskil tussen die tellingtotaal van die vroulike en die tellingtotaal van die manlike respondente.

In die laaste figuur, figuur 4.10, word die verskille ten opsigte van die tellingtotaal in skoolverband aangedui.



Figuur 4.10: Verskille ten opsigte van tellingtotaal in skoolverband

Figuur 4.10 dui aan dat die gemiddelde totaaltelling by skool A 7.8 is. By skool B is die gemiddelde totaaltelling 10.9. Skool C het 'n gemiddelde totaaltelling van 19.6 getoon en skool D het 'n gemiddelde totaaltelling van 13 getoon ($p < 0.01$) ($n = 201$). Die figuur dui verder aan dat skool A en skool B nie 'n

beduidende verskil toon ten opsigte van die tellingtotale nie. Skool C toon egter 'n beduidende verskil met skole A en B. Skool D toon nie 'n beduidende verskil met die tellingtotale van skole A, B en C nie.

4.6 BESPREKING: RESULTATE TEN OPSIGTE VAN TELLINGTOTALE

Hier volg 'n bespreking van die resultate ten opsigte van die tellingtotale deur die respondente aangedui. Daarna word geslagsverskille in die tellingtotale kortliks bespreek, gevolg deur 'n kort bespreking van die verskille in tellingtotale in skoolverband.

Hierdie studie toon 'n gemiddelde tellingtotaal van 9. Hierdie gemiddelde telling strook met navorsing deur Gorenstein et al. (1999) wat onderskeidelik gemiddelde tellings van 8 en hoër as 10 in twee afsonderlike studies bevind het. 'n Studie deur Maharajh, Ali en Konings (2005) wat depressie onder adolessente in Trinidad en Tobago ondersoek het, het aangedui dat 14% van 'n steekproef van adolessente in 'n gemeenskap depressief is. Internasionale studies het bevind dat die voorkoms van depressie by adolessente ten opsigte van land en kultuur verskil. Lae vlakke van depressie is in Wes-Europa, Asië en Australië gevind. Studies in Swede het aangedui dat depressie onder 12.3% van adolessente voorkom, en in Kanada en Brittanje kom depressie by ongeveer 10% van adolessente voor. Australië het syfers in die omgewing van 14% aangedui. In China toon verskillende studies dat depressie onder ongeveer 11% tot 13% van adolessente voorkom. In Suid-Amerika is bevind dat 35% adolessente aan depressie ly (Maharajh, Ali & Konings, 2006). Vir die doeleindes van hierdie studie word die laaste twee kliniese kategorieë as 'n hoë risiko vir depressie beskou. Respondente wat dus binne die twee laaste kategorieë val (met tellings tussen 17 en 63) word hier beskou as beduidend vir simptome van depressie. Volgens Kendall et al. (1987) varieer die afsnypunte wat in vorige studies gebruik is, wat vergelykings tussen studies bemoeilik. Hierdie outeurs stel egter voor dat tellingtotale van 10-17 op disforie dui, dat tellingtotale van 20-23 op matige depressie dui en dat tellingtotale >30 op ernstige depressie dui. Kendall et al. (1987) stel egter nie voor dat hierdie afsnypunte as rigied beskou word nie.

Volgens die twee hoogste kliniese kategorieë dui hierdie studie aan dat 22% van die respondente matige tot ernstige simptome van depressie beleef. Soos reeds in hoofstuk 2 beskryf, kom depressiesimptome by ongeveer 40% van alle adolessente op 'n gegewe tyd voor (Mash & Wolfe, 2005; Sund, Larsson & Wichstrøm, 2001). Respondente wat tellings van 2 en 3 by enige van die items van die BDI-IA in hierdie studie behaal het, word beskou as respondente wat een of meer simptome van depressie ervaar. Hierdie studie berus daarop dat die afsnypunt van die graad van 'n depressiesimptoom soos deur die BDI-IA ondersoek word, 'n telling van 2 of 3 is (N. Broekmann, persoonlike kommunikasie, Augustus, 22, 2008). Hierdie is egter bloot 'n voorgestelde riglyn aangesien die toepassing van hierdie afsnypunt by enkele items (soos item 9) problematies kan wees. Ook 1-tellings by item 9 kan beskou word as 'n simptoom van depressie. Die data het aangedui dat 111 respondente uit 201 wel een of meer simptoom van depressie ondervind. Volgens hierdie studie toon ongeveer 55% van die respondente simptome van depressie, wat hoër is as wat Mash en Wolfe (2005) en Sund, Larsson en Wichstrøm (2001) aangedui het.

Die resultate ten opsigte van geslagsverskille in hierdie studie dui aan dat die gemiddelde totaalstelling by seuns 8.61 is en die gemiddelde totaalstelling by dogters 12.74 is. Dit dui daarop dat die meisies 'n gemiddelde telling van 1.56 keer hoër behaal het as seuns. 'n Studie deur Olsson en Knorrning (1997) waar die BDI gebruik is, het 'n gemiddelde tellingtotaal by dogters bevind van 7.79 en 4.23 by seuns. Gorenstein et al. (1999) het in 'n studie onder kollege studente bevind dat 23% van die vroue en 16.2% van die mans se tellingtotale op disforie dui. Maharajh, Ali en Konings (2006) het in 'n studie bevind dat 76.3% van hul steekproef wat depressie getoon het, vroulik was en dat 23.7% manlik was. Die voorkoms van depressie was hier 17.9% onder vrouens en 8.2% onder mans. Depressie was 2.18 keer meer geneig om by vroulike as by manlike adolessente voor te kom. Voor adolessensie is die voorkoms van depressie ongeveer dieselfde by seuns en dogters. Met aanvangs van en tydens adolessensie is meisies egter twee keer meer geneig om depressie te ontwikkel as seuns (Maharajh, Ali & Konings, 2006; Mash & Wolfe, 2005; Park & Goodyer, 2000; Stark et al., 2006b).

Geslagsverskille onder adolessente aangaande die voorkoms van depressie kan moontlik toegeskryf word aan faktore soos ongunstige kinderjare, sosiokulturele faktore, psigologiese attribute wat verband hou met gebrekkige lewensvaardighede en wisselende vermoëns om probleme te hanteer (Maharajh, Ali & Konings, 2006). Park en Goodyer (2000) skryf hierdie verskille toe aan biologiese en psigososiale faktore. Volgens Park en Goodyer (2000) bestaan bewyse dat dogters groter risikofaktore ervaar as seuns. Hierdie faktore sluit in dat dogters meer interpersoonlike lewensgebeure rapporteer, meer geneig is om op 'n bedrukte gemoed met 'n nadenkende kognitiewe styl te reageer en ook hul puberteit vroeër as seuns bereik, wat ondersteun word deur biologiese, hormonale en psigososiale veranderinge. Stoppard (2000) skryf hierdie verskille in adolessente depressie toe aan die unieke ervaring van dogters teenoor seuns in terme van liggaamsbeeld, persoonlikheid en geslagsrolvervulling.

Die bevindinge wat op verskille in skoolverband betrekking het, maak nie deel uit van die navorsingvrae nie, en word hier net kortliks genoem. Respondente van skole A en B kom uit 'n hoër ekonomiese agtergrond en het onderskeidelik gemiddelde tellingtotaal van 7.8 en 10.9 getoon. Respondente van skool C kom uit 'n voorheen benadeelde groep leerders en het die hoogste gemiddelde totaalstelling van 19.6 getoon. Respondente van skool D kom uit 'n gemengde agtergrond en het 'n gemiddelde totaalstelling van 18 getoon. Hierdie bevinding strook met bevindinge van Maharajh, Ali en Konings (2005) wat aandui dat adolessente van skole in 'n laer sosio-ekonomiese omgewing meer geneig is om depressie te toon as leerders van prestige skole.

4.7 AANBIEDING: RESULTATE VAN DIE BDI-IA-ITEMS

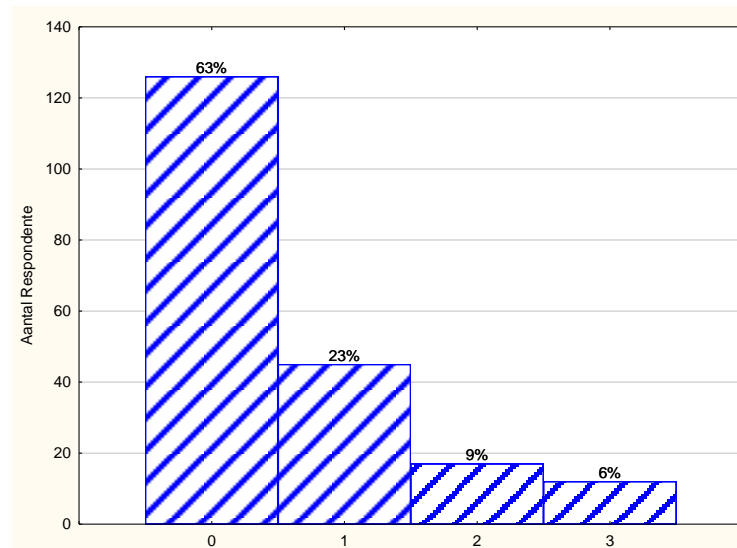
Die resultate op die response van die items van die BDI-IA word hieronder aangebied. Die formaat vir die aanbieding van die resultate van die individuele response op die BDI-IA-items behels 'n uiteensetting van die item in die tabel, gevolg deur 'n figuur en die aanbieding van die resultate.

Hieronder volg dus 'n uiteensetting van die onderskeie items, gevolg deur die resultate in die histogram.

Item 1	0	Ek voel nie swaarmoedig of terneergedruk nie.
	1	Ek is gedurig swaarmoedig of terneergedruk en kan die gevoel nie afskud nie.
	2	Ek voel swaarmoedig of terneergedruk.
	3	Ek is so swaarmoedig of ongelukkig dat ek dit nie kan verduur nie.

Tabel 4.1: BDI-IA-item 1

Die figuur hieronder dui die response van die respondente op item 1 aan. In item 1 handel die stellings oor 'n bedrukte gemoed as 'n simptoom van depressie.



Figuur 4.11: BDI-IA-item 1

Figuur 4.11 dui aan dat 63% (126) van die respondente nie swaarmoedig of terneergedruk voel nie, 23% (45) respondente het aangedui dat hulle gedurig swaarmoedig voel en die gevoel nie kan afskud nie, 9% (17) het aangetoon

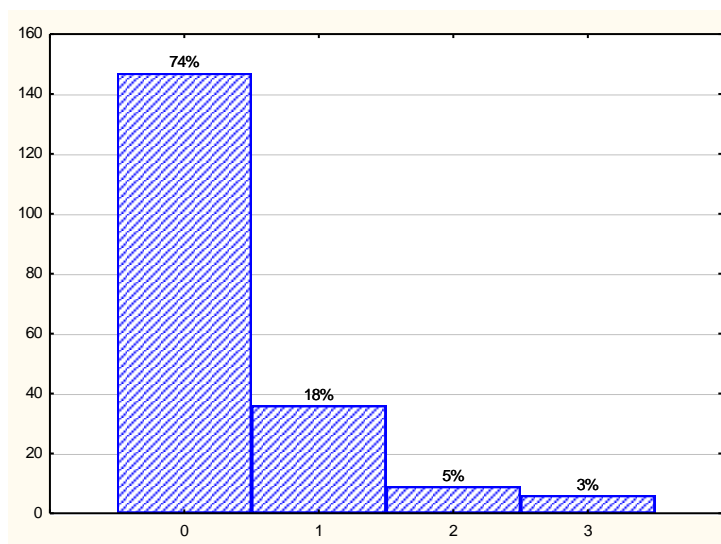
dat hul swaarmoedig voel, en 6% (12) respondente het genoem dat hul so swaarmoedig voel dat hulle dit nie kan verduur nie (n=200).

Hier volg 'n uiteensetting van item 2 van die BDI-IA:

Item 2	0	Ek is nie besonder pessimisties of ontmoedig deur die toekoms nie.
	1	Ek voel ontmoedig oor die toekoms.
	2	Ek voel ek het niks om na uit te sien nie.
	3	Ek voel die toekoms is hopeloos en dat dinge nie kan verbeter nie.

Tabel 4.2: BDI-IA-item 2

Item 2 stel 'n reeks stellings wat pessimisme as 'n simptoom van depressie aandui. Die resultate van die response op item 2 van die BDI-IA volg hieronder in figuur 4.12.



Figuur 4.12: BDI-IA-item 2

Figuur 4.12 dui aan dat 74% (147) respondente nie negatief of ontmoedig deur die toekoms is nie, 18% (36) respondente het aangedui dat hul wel ontmoedig oor die toekoms is, 5% (9) respondente voel dat hulle niks het om

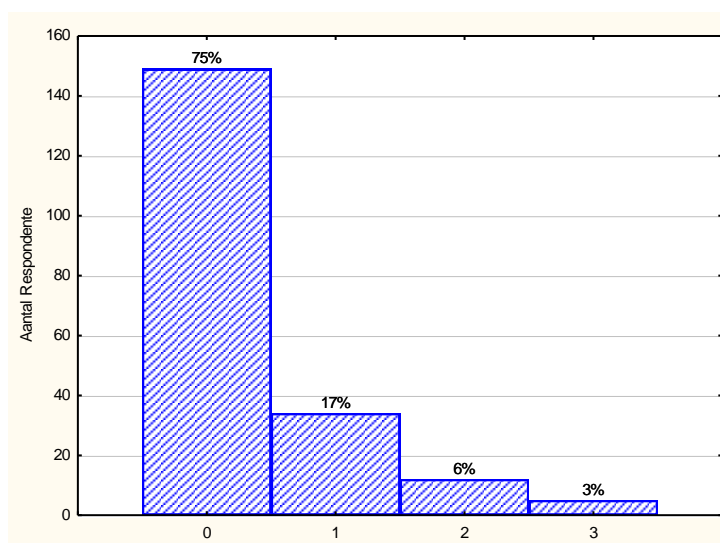
in die toekoms na uit te sien nie, en 3% (6) het aangedui dat hul hopeloos oor die toekoms voel en dat dit nie kan verbeter nie (n=198).

'n Uiteensetting van item 3 van die BDI-IA:

Item 3	0	Ek voel nie soos 'n mislukking nie.
	1	Ek voel ek het meer as die gewone mens misluk.
	2	As ek op my lewe terugkyk, sien ek net mislukkings.
	3	Ek voel ek is 'n algehele mislukking as 'n mens.

Tabel 4.3: BDI-IA-item 3

Item 3 ondersoek gevoelens van mislukking. Figuur 4.13 dui die resultate op hierdie item aan.



Figuur 4.13: BDI-IA-item 3

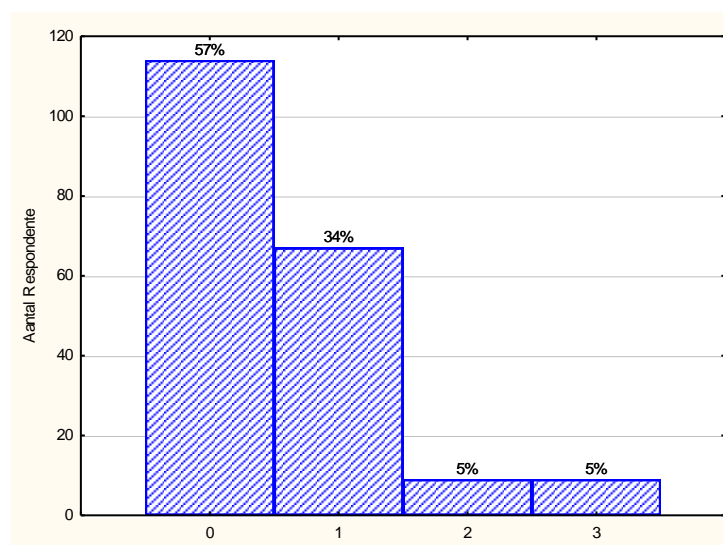
Figuur 4.13 dui aan dat 75% (149) respondente nie soos 'n mislukking voel nie, 17% (34) het genoem dat hul meer as die normale mens misluk, 6% (12) het aangedui dat hul net mislukkings sien as hulle hul verlede in ag neem, en 3% (5) het aangedui dat hulle voel hulle is algehele mislukking (n=200).

'n Uiteensetting van item 4 van die BDI-IA:

Item 4	0	Ek kry soveel bevrediging soos voorheen uit dinge.
	1	Ek geniet dinge nie soos gewoonlik nie.
	2	Ek kry nie werklik bevrediging uit enigiets meer nie.
	3	Ek is ontevrede of verveeld met alles.

Tabel 4.4: BDI-IA-item 4

In die vierde item van die BDI-IA word ontevredeheid as 'n simptoem van depressie aangedui. Figuur 4.14 dui die resultate aan.



Figuur 4.14: BDI-IA-item 4

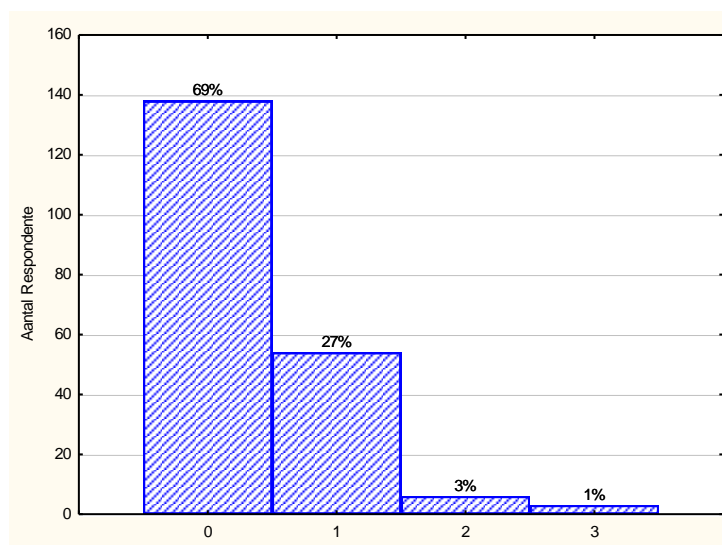
In figuur 4.14 word aangetoon dat 57% (114) van die respondente net soveel bevrediging uit die lewe kry as voorheen, 34% (67) respondente het put nie soos voorheen genot uit dinge nie, 5% (9) respondente het gevoel dat hul nie werklik bevrediging uit enigiets kry nie, en 5% (9) respondente het aangedui dat niks hul tevrede kan stel nie (n=199).

Hier volg 'n uiteensetting van item 5 van die BDI-IA:

Item 5	0	Ek voel nie besonder skuldig nie.
	1	Ek voel 'n groot deel van die tyd skuldig.
	2	Ek voel die meeste van die tyd taamlik skuldig.
	3	Ek voel altyd skuldig.

Tabel 4.5: BDI-IA-item 5

Item 5 handel oor skuldgevoelens as 'n simptoem van depressie. Skuldgevoelens en selfverwyrt kom as simptome van depressie voor. In die onderstaande figuur word die resultate van die respondente se response aangebied.



Figuur 4.15: BDI-IA-item 5

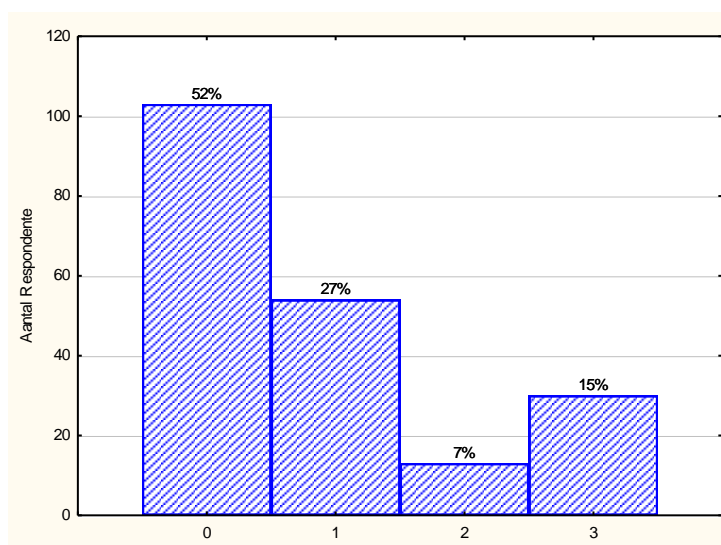
Figuur 4.15 dui aan dat 69% (138) respondente nie besonder skuldig voel nie, 27% (54) voel 'n groot deel van die tyd skuldig, 3% (6) respondente voel die meeste van die tyd taamlik skuldig, en 1% (3) ervaar gedurig skuldgevoelens (n=201).

Hier volg 'n uiteensetting van item 6 van die BDI-IA:

Item 6	0	Ek voel nie ek word gestraf nie.
	1	Ek voel ek mag gestraf word.
	2	Ek verwag om gestraf te word.
	3	Ek voel ek word gestraf.

Tabel 4.6: BDI-IA-item 6

Item 6 handel oor strafverwagting. Figuur 4.16 dui die resultate van die response aan.



Figuur 4.16: BDI-IA-item 6

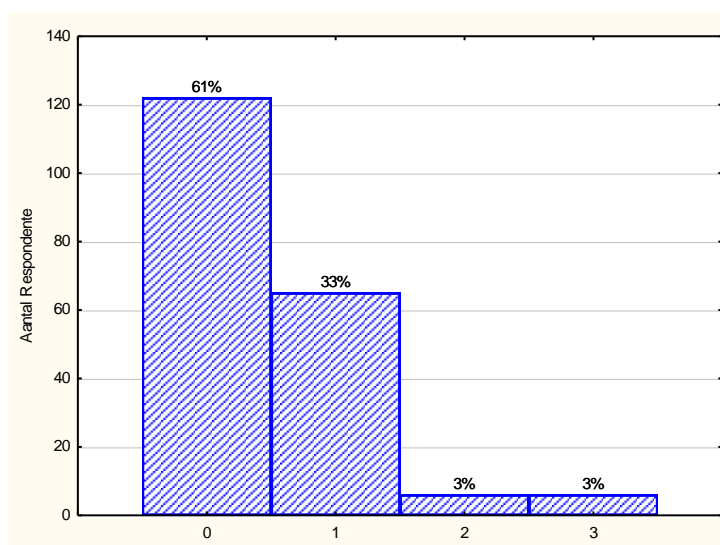
Figuur 4.16 dui aan dat 52% (103) van die respondente nie voel dat hul enigsins gestraf word nie, 27% (54) voel dat hul moontlik gestraf mag word, 7% (13) het aangedui dat hulle straf verwag, en 15% (30) het aangedui dat hulle voel hulle word gestraf (n=200).

Hier volg 'n uiteensetting van item 7 van die BDI-IA:

Item 7	0	Ek voel nie teleurgesteld in myself nie.
	1	Ek is teleurgesteld in myself.
	2	Ek het 'n teensin in myself.
	3	Ek haat myself.

Tabel 4.7: BDI-IA-item 7

Item 7 van die BDI-IA handel oor selfminagting, en figuur 4.17 dui die response van die respondente op item 7 aan.



Figuur 4.17: BDI-IA-item 7

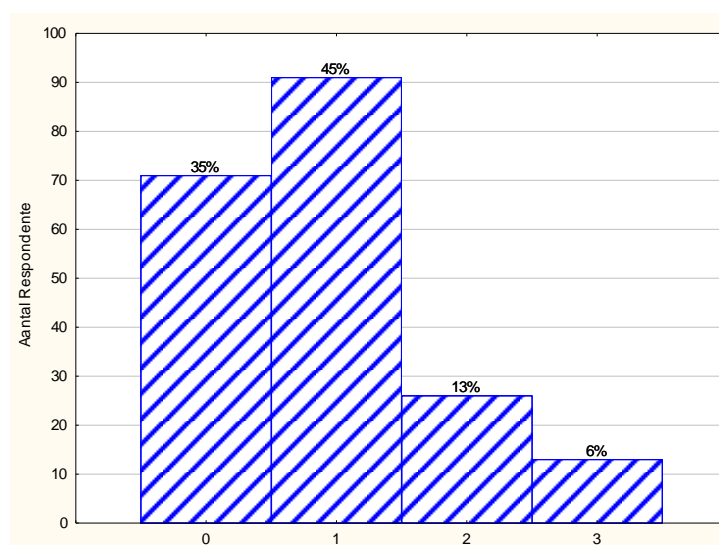
Figuur 4.17 dui aan dat 61% (122) van die respondente nie hulself as 'n teleurstelling ervaar nie, 33% (65) het aangedui dat hulle in hulself teleurgesteld is, 3% (6) het getoon dat hulle 'n teensin in hulself het, en 3% (6) meen dat hul gevoelens van selfhaat ervaar (n=199).

Hier volg 'n uiteensetting van item 8 van die BDI-IA:

Item 8	0	Ek voel nie ek is slegter as enigiemand anders nie.
	1	Ek is krities teenoor myself oor my swakhede of foute.
	2	Ek blameer myself altyd vir my foute.
	3	Ek blameer myself vir alle slegte dinge wat gebeur.

Tabel 4.8: BDI-IA-item 8

Item 8 ondersoek die respondent se mate tot selfverwyf. Die resultate word in figuur 4.18 hieronder aangedui.



Figuur 4.18: BDI-IA-item 8

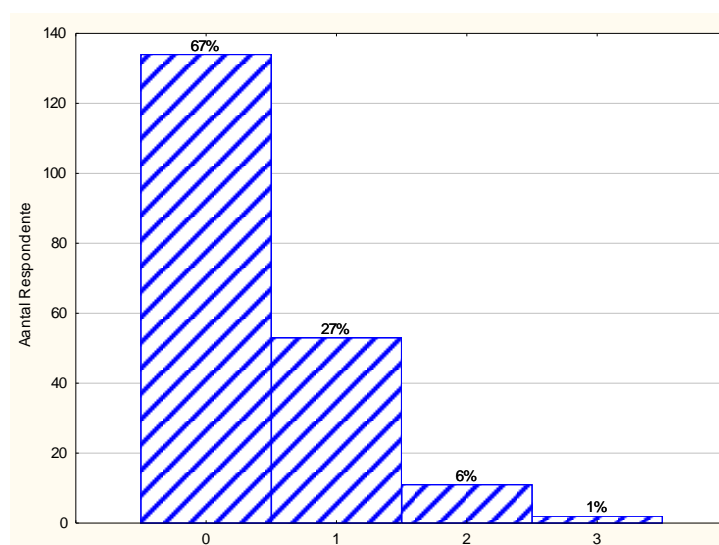
Figuur 4.18 dui aan dat 35% (71) van die respondente nie hulself as slegter as ander mense beskou nie, 45% (91) het aangedui dat hulle krities is teenoor hulself ten opsigte van hul swakhede of foute, 13% (26) het getoon dat hulle hulself blameer vir hul foute, en 6% (13) het aangedui dat hulle hulself blameer vir enige negatiewe dinge wat met hulle gebeur (n=201).

Hier volg 'n uiteensetting van item 9 van die BDI-IA:

Item 9	0	Ek het geen gedagtes aan selfmoord nie.
	1	Ek dink aan selfmoord, maar sal dit nie uitvoer nie.
	2	Ek wil myself graag om die lewe bring.
	3	Ek sal selfmoord pleeg as ek die kans kry.

Tabel 4.9: BDI-IA-item 9

Selfmoordgedagtes word deur item 9 ondersoek. Figuur 4.19 dui die resultate van die response op item 9 aan.



Figuur 4.19: BDI-IA-item 9

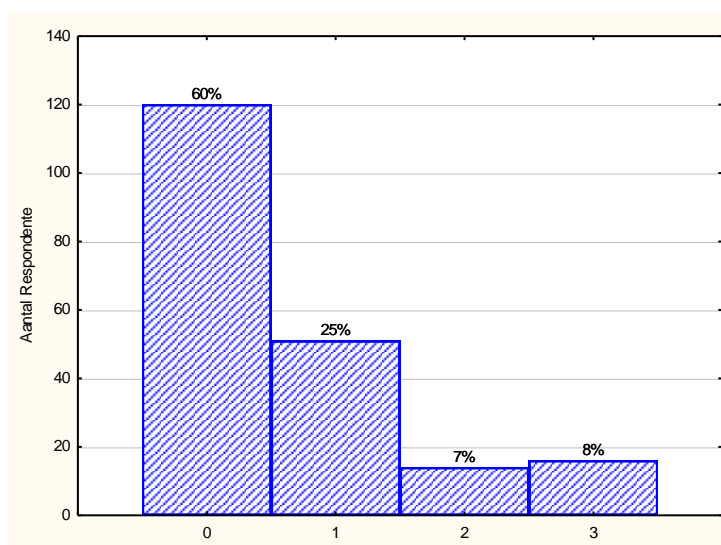
Die figuur hierbo dui aan dat 67% (134) van die respondente glad nie selfmoordgedagtes het nie, 27% (53) gedagtes oor selfmoord het, maar dit nie sal uitvoer nie, 6% (11) hulself graag om die lewe wil bring, en 1% (2) wel selfmoord sal pleeg indien hulle die kans kry (n=200).

In die volgende tabel word item 10 van die BDI-IA uiteengesit:

Item 10	0	Ek huil nie meer as gewoonlik nie.
	1	Ek huil nou meer as gewoonlik.
	2	Ek huil nou gedurig.
	3	Ek kon vroeër huil, maar nou kan ek nie al wil ek ook.

Tabel 4.10: BDI-IA-item 10

Item 10 doen navraag oor episodiese huil. Die resultate van die response op item 10 word hieronder in figuur 4.20 aangedui.



Figuur 4.20: BDI-IA-item 10

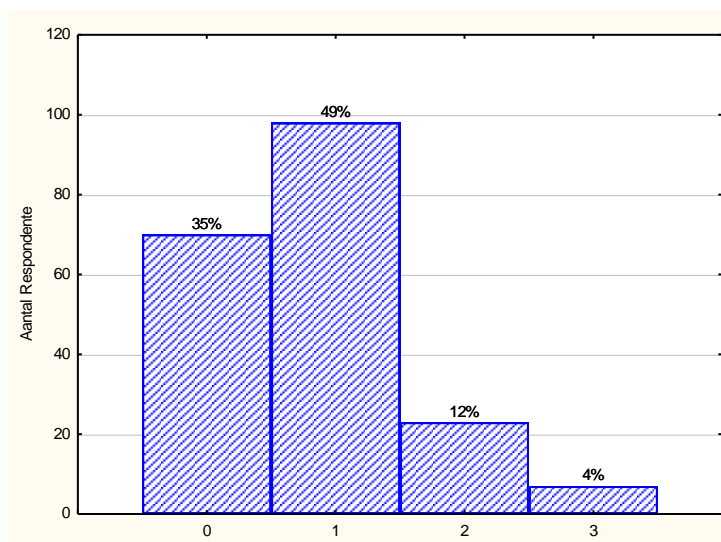
Figuur 4.20 toon dat 60% (120) respondente nie meer as gewoonlik huil nie, 25% (51) huil tans meer as normaalweg, 7% (14) huil gedurig, en 8% (16) kon vroeër huil, maar kan nou nie huil nie al wil hulle ook (n=201).

Item 11 word hier uiteengesit:

Item 11	0	Ek is nie nou meer geïrriteerd as gewoonlik nie.
	1	Ek word makliker ergerlik of geïrriteerd as voorheen.
	2	Ek voel nou gedurig geïrriteerd.
	3	Ek word glad nie geïrriteer deur dinge wat my gewoonlik geïrriteer het nie.

Tabel 4.11: BDI-IA-item 11

In figuur 4.21 hieronder word die respondente se response aangaande irritasie aangedui.



Figuur 4.21: BDI-IA-item 11

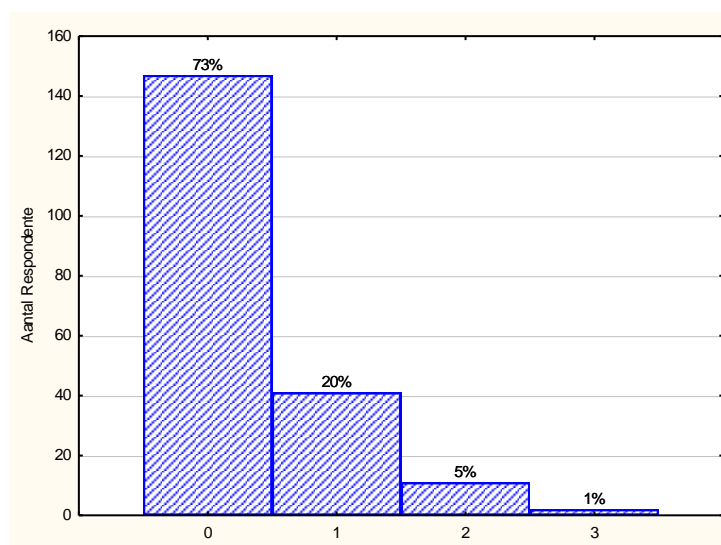
Figuur 4.21 toon dat 35% (70) van die respondente nie meer geïrriteerd as voorheen voorkom nie, 49% (98) makliker geïrriteerd voel as voorheen, 12% (23) gedurig geïrriteerd voel, en 4% (7) nou glad nie meer geïrriteerd voel oor dinge wat hul voorheen sou irriteer nie (n=198).

Hier volg 'n uiteensetting van item 12 van die BDI-IA:

Item 12	0	Ek het nie belangstelling in ander mense verloor nie.
	1	Ek stel minder belang in ander mense as voorheen.
	2	Ek het die meeste van my belangstelling in ander mense verloor.
	3	Ek het al my belangstelling in ander mense verloor.

Tabel 4.12: BDI-IA-item 12

Item 12 ondersoek sosiale onttrekking as 'n simptoem van depressie. Die bevindinge word in figuur 4.22 aangedui.



Figuur 4.22: BDI-IA-item 12

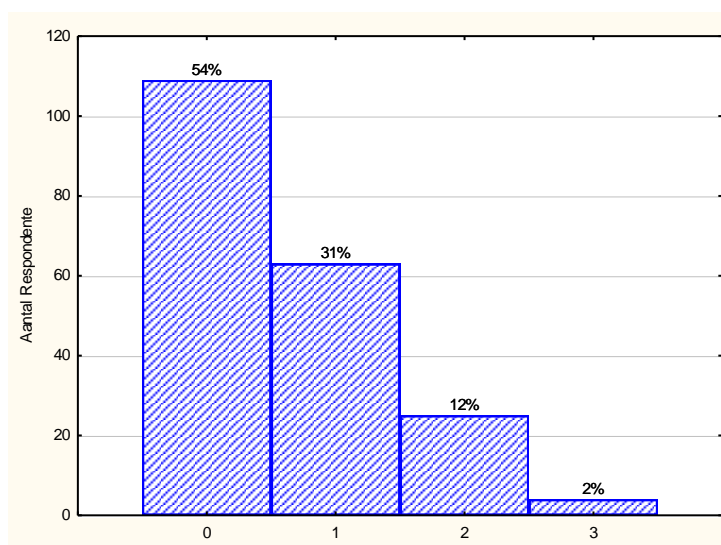
Figuur 4.22 dui aan dat 73% (147) van die respondente voel dat hulle nie belangstelling in ander mense verloor het nie, 20% (41) stel wel minder in ander mense belang as voorheen, 5% (11) het die meeste van hul belangstelling in mense verloor en 1% (2) het al hul belangstelling in mense verloor (n=201).

Item 13 word hieronder uiteengesit:

Item 13	0	Ek neem besluite net so goed soos gewoonlik.
	1	Ek stel meer uit om besluite te neem as voorheen.
	2	Ek neem besluite moeiliker as voorheen.
	3	Ek kan glad nie besluite neem nie.

Tabel 4.13: BDI-IA item 13

Item 13 handel oor besluiteloosheid en die figuur hieronder dui die resultate van die response op item 13 aan.



Figuur 4.23: BDI-IA-item 13

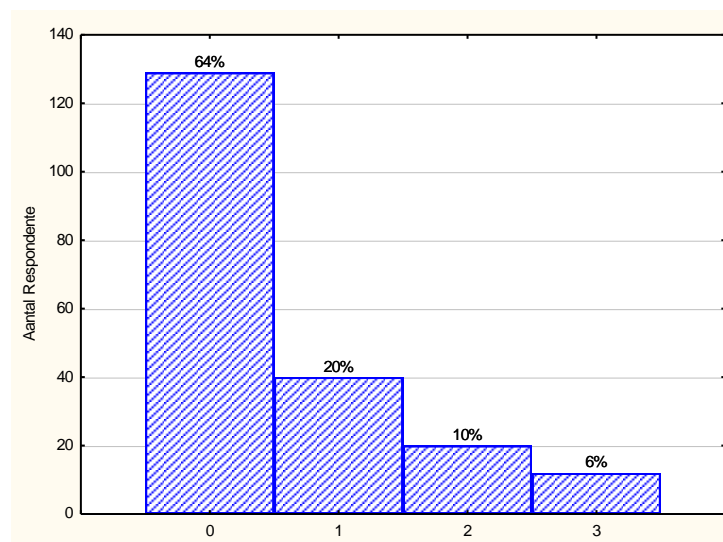
Figuur 4.23 toon dat 54% (109) van die respondente net so goed soos voorheen besluite kan neem, 31% (63) stel meer as voorheen uit om besluite te neem, 12% (25) neem moeiliker as voorheen besluite en 2% (4) kan glad nie besluite neem nie (n=201).

Hieronder volg 'n uiteensetting van item 14 van die BDI-IA:

Item 14	0	Ek voel nie dat ek slegter as gewoonlik lyk nie.
	1	Ek is bekommerd daaroor dat ek oud of onaantreklik lyk.
	2	Ek voel daar is blywende veranderinge in my voorkoms wat my onaantreklik laat lyk.
	3	Ek glo ek lyk lelik.

Tabel 4.14: BDI-IA-item 14

Item 14 ondersoek liggaamsbeeld. Figuur 4.24 hieronder dui die response van die respondente aan.



Figuur 4.24: BDI-IA-item 14

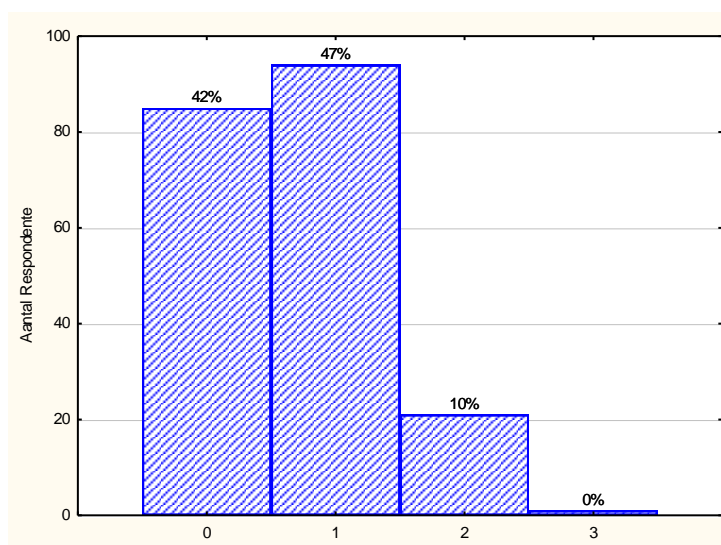
Die resultate van figuur 4.24 dui daarop dat 64% (129) respondente gevoel het dat hul geen verandering in hul gevoelens aangaande hul voorkoms ervaar nie, 20% (40) het wel bekommernisse oor hul voorkoms, 10% (20) het gevoel dat daar blywende veranderinge in hul voorkoms is wat hul onaantreklik laat lyk, en 6% (12) het getoon dat hulle glo dat hulle onaantreklik lyk (n=201).

Item 15 van die BDI-IA word hieronder uiteengesit:

Item 15	0	Ek kan net so goed soos tevore werk.
	1	Dit vereis meer inspanning om te begin om iets te doen.
	2	Ek moet myself forseer om enigiets te doen.
	3	Ek kan geen werk doen nie.

Tabel 4.15: BDI-IA-item 15

Figuur 4.25 dui die resultate aan van die response op item 15 van die BDI-IA wat ondersoek instel na probleme ten opsigte van werkverrigting.



Figuur 4.25: BDI-IA-item 15

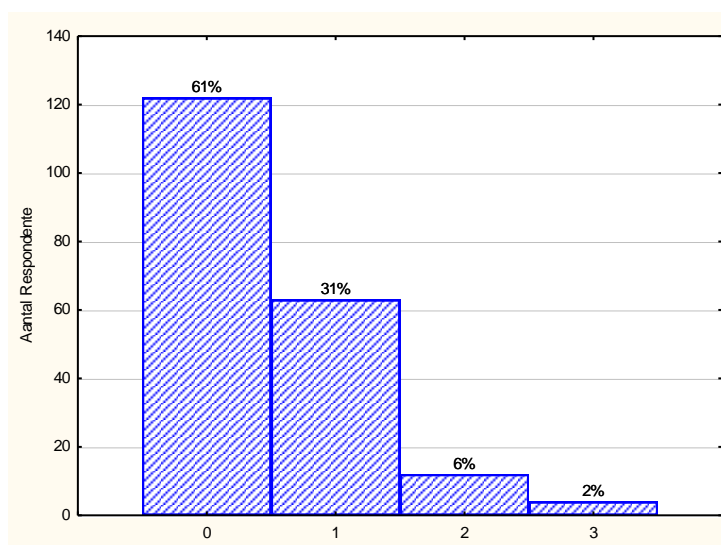
Figuur 4.25 dui daarop dat 42% (85) van die respondente hul werk net so goed soos voorheen kan verrig, 47% (94) vind dat dit meer inspanning vereis om iets te begin doen, 10% (21) voel dat hulle hulself moet forseer voordat hul enigiets kan doen, en slegs een respondent het aangedui dat hy/sy geen werk verrig kry nie (n=200).

Item 16 van die BDI-IA word hieronder uiteengesit:

Item 16	0	Ek slaap so goed soos gewoonlik.
	1	Ek slaap nie so goed soos gewoonlik nie.
	2	Ek word 1-2 ure vroeër wakker en sukkel om weer aan die slaap te raak.
	3	Ek word etlike ure vroeër as gewoonlik wakker en kan nie weer slaap nie.

Tabel 4.16: BDI-IA-item 16

Figuur 4.26 hieronder verskaf bevindinge van response op item 16 van die BDI-IA oor versteurings in slaappatrone as 'n simptoem van depressie.



Figuur 4.26: BDI-IA-item 16

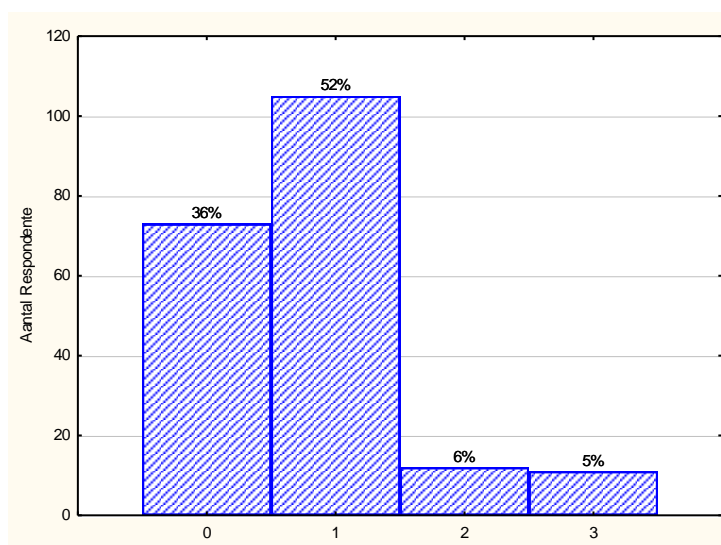
Figuur 4.26 toon aan dat 61% (122) respondente geen probleme met hul slaappatrone ervaar nie, 31% (63) slaap nie so goed soos gewoonlik nie, 6% (12) word 1-2 ure vroeër wakker en kan dan nie weer aan die slaap raak nie, en 2% (4) word etlike ure vroeër wakker as gewoonlik en kan dan nie weer slaap nie (n=201).

Hier volg 'n uiteensetting van item 17 van die BDI-IA:

Item 17	0	Ek word nie moeër as gewoonlik nie.
	1	Ek word makliker moeg as gewoonlik.
	2	Ek word moeg van omtrent enigiets wat ek doen.
	3	Ek is te moeg om enigiets te doen.

Tabel 4.17: BDI-IA-item 17

Item 17 van die BDI-IA ondersoek vatbaarheid vir vermoeiing. Die resultate word in figuur 4.27 aangedui.



Figuur 4.27: BDI-IA-item 17

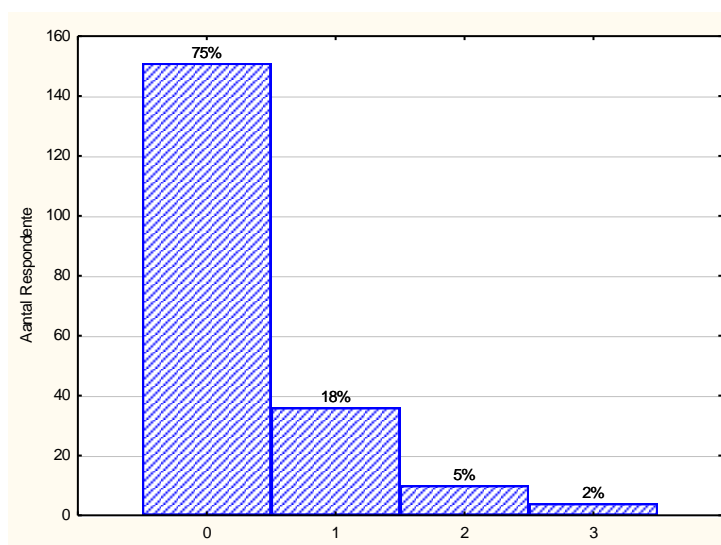
Figuur 4.27 dui aan dat 36% (73) van die respondente nie moeër as gewoonlik raak nie, 52% (105) word makliker moeg as vroeër, 6% (12) word moeg en uitgeput van amper enigiets wat hulle doen, en 5% (11) is te moeg om enigsins iets te doen (n=201).

Item 18 van die BDI-IA word hieronder uiteengesit:

Item 18	0	My eetlus is nie slegter as gewoonlik nie.
	1	My eetlus is nie so goed as wat dit was nie.
	2	My eetlus is baie slegter.
	3	Ek het glad geen eetlus meer nie.

Tabel 4.18: BDI-IA-item 18

Item 18 doen navraag oor verlies in aptyt. Die resultate word in die figuur hieronder aangedui.



Figuur 4.28: BDI-IA-item 18

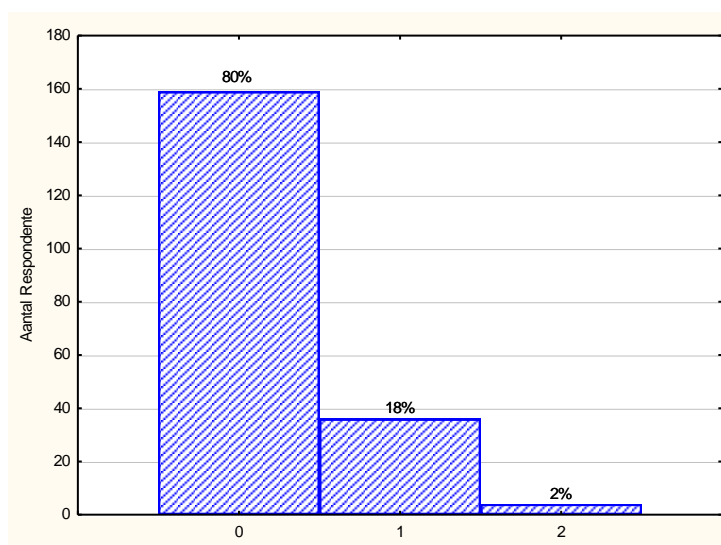
Figuur 4.28 dui aan dat 75% (151) respondente geen veranderinge in hul aptyt ervaar nie, 18% (36) meen dat hul eetlus nie so goed soos voorheen is nie, 5% (10) se aptyt het baie verswak in vergelyking met wat dit vroeër was, en 2% (4) het geen aptyt nie (n=201).

Hieronder word item 19 van die BDI-IA uiteengesit.

Item 19	0	Ek het nie onlangs veel, indien enige, gewig verloor nie.
	1	Ek het meer as 2.5 kg verloor.
	2	Ek het meer as 5 kg verloor.
	3	Ek het meer as 7.5 kg verloor.

Tabel 4.19: BDI-IA-item 19

Figuur 4.29 hieronder dui aan tot watter mate die respondente gewigsverlies toon.



Figuur 4.29: BDI-IA-item 19

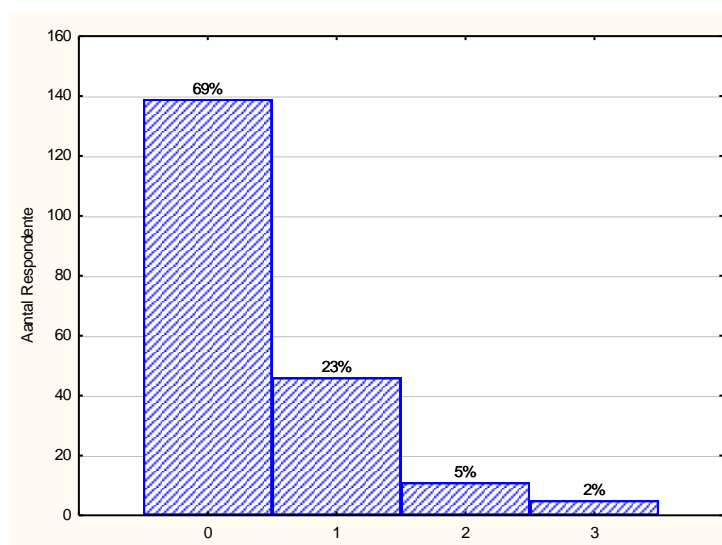
Figuur 4.29 dui aan dat 80% (159) van die respondente nie onlangs noemenswaardig gewig verloor het nie, 18% (36) het meer as 2.5 kg verloor, 2% (4) het meer as 5 kg verloor en geen respondente het meer as 7.5 kg verloor nie (n=199).

Item 20 van die BDI-IA word hieronder uiteengesit:

Item 20	0	Ek is nie meer bekommerd oor my gesondheid as gewoonlik nie.
	1	Ek is bekommerd oor liggaamlike probleme soos pyne of omgekeerde maag of hardlywigheid.
	2	Ek is baie bekommerd oor liggaamlike probleme en dit is moeilik om aan iets anders te dink.
	3	Ek is so bekommerd oor my liggaamlike probleme dat ek aan niks anders kan dink nie.

Tabel 4.20: BDI-IA-item 20

Item 20 ondersoek somatiesse preokkupasie. Figuur 4.30 dui die resultate van die respondente se response aan.



Figuur 4.30: BDI-IA-item 20

Figuur 4.30 dui aan dat 69% (139) respondente nie meer as gewoonlik bekommerd is oor hul gesondheid nie, 23% (46) is wel bekommerd oor liggaamlike probleme, 5% (11) is baie bekommerd oor liggaamlike probleme en ervaar 'n preokkupasie daarmee, en 2% (5) is so bekommerd oor hul liggaamlike probleme dat hulle aan niks anders kan dink nie (n=201). Een van die respondente het tydens die afneem van die vraelys genoem dat hy

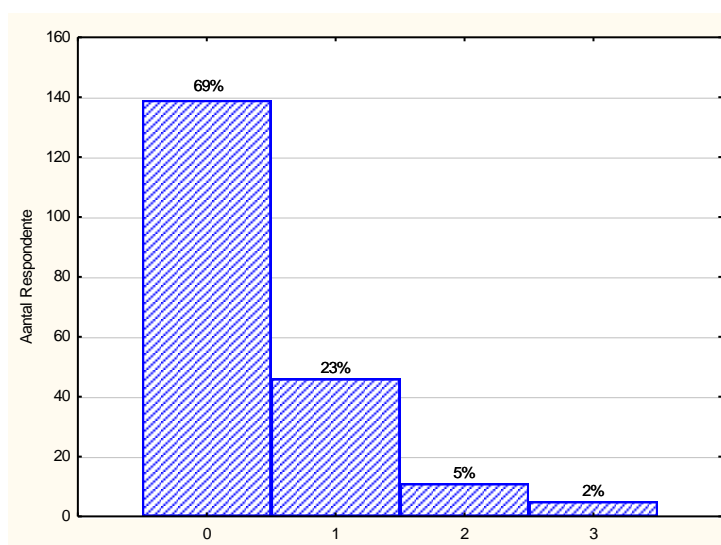
bekommerd is oor sy gesondheid, maar dat dit die gevolg is van langtermyn siektetoestand en nie as 'n simptoom van depressie nie.

Die finale item van die BDI-IA, Item 21, word hieronder uiteengesit:

Item 21	0	Ek het nie onlangs enige veranderinge in my belangstelling in seks opgemerk nie.
	1	Ek stel minder in seks belang as gewoonlik.
	2	Ek stel nou baie minder in seks belang.
	3	Ek het heeltemal belangstelling in seks verloor.

Tabel 4.21: BDI-IA-item 21

Item 21 handel oor verlies aan belangstelling in libido. Figuur 4.31 dui die resultate van die response hieronder aan.



Figuur 4.31: BDI-IA-item 21

Figuur 4.31 dui aan dat 82% (159) van die respondente nie onlangs enige veranderinge in hul belangstelling in seks opgemerk het nie, 7% (14) stel minder as gewoonlik in seks belang, 4% (7) stel tans baie minder in seks belang, en 7% (14) het heeltemal hul belangstelling in seks verloor (n=194).

4.8 **BESPREKING: RESULTATE VAN DIE BDI-IA-ITEMS**

In hierdie afdeling word die bevindinge oor die voorkoms van depressiewe simptome, soos deur die BDI-IA aangedui, bespreek. Vir die doel van die bespreking is belangrik om hier te noem dat tellings van 2 en 3 op die BDI-IA-skaal beskou word as sodanige simptome van depressie.

By kinders en adolessente word 'n bedrukte gemoed as 'n kenmerkende simptoom van depressie in baie gevalle deur 'n geïrriteerde gemoed vervang (Hamman & Rudolph, 2003; Stark et al., 2006b). 'n Bedrukte voorkoms is volgens Hamman en Rudolph (2003) een van die simptome van depressie wat met 'n toename in ouderdom afneem. Kinders kom dus meer bedruk vir ander mense voor as adolessente. Hierdie studie het bevind dat 15% van die respondente 'n bedrukte gemoed as 'n simptoom van depressie toon. Sund en Larsson (2001) het aangedui dat 'n bedrukte gemoed as 'n depressiesimptoom die algemeenste simptoom is wat onder individue met depressie voorkom. Adolessente is geneig om meer emosionele skommelings te ervaar as volwassenes en kan binne 'n kort tydperk verander van 'n opgewekte gemoed tot 'n bedrukte gemoed, afhangende van die situasie waarin hulle hul bevind (Thom et al., 1998). 'n Bedrukte gemoed kan dus ook voorkom as deel van die adolessente ontwikkelingsfase.

Hierdie studie dui ook aan dat 17% van die respondente voel dat hul gevoelens van mislukking ervaar ten opsigte van hulself en hul verlede. 'n Studie van Goodyer en Cooper (Sund, Larsson & Wichstrøm, 2001) het bevind dat gevoelens van mislukking onder tot 80% van meisies wat hoë tellings van depressie simptome aangedui het, voorkom. Thom et al. (1998) noem dat dit normaal is vir adolessente om meer negatiewe en pessimistiese emosies te ervaar as wat hulle in die verlede tydens die kinderjare ervaar het. In hierdie studie het 15% van die respondente aangedui dat hul pessimisties is. Hierdie studie het ook bevind dat 18% van al die respondente ontevredenheid ervaar.

In hierdie studie het 9% van die respondente aangedui dat hulle skuldgevoelens ervaar. Morele ontwikkeling is een van die belangrikste

ontwikkelingstake van adolessensie. 'n Deel van morele ontwikkeling is die rol wat godsdiens in adolessente se ontwikkeling speel. Adolessente se houdings teenoor godsdiens, vergifnis en straf kan 'n groot invloed hê op hul morele gedrag en hoe hulle daaroor voel (Thom et al., 1998). Skuldgevoelens en selfblaam kan tot strafverwagting lei. In hierdie studie dui 43% van die respondente strafverwagting as 'n simptoom van depressie aan. Hamman en Rudolph (2003) en Stark et al. (2006b) noem dat die voorkoms van skuldgevoelens by adolessente hoër is as by volwassenes. 'n Mens kan hier die afleiding maak dat die adolessent se ontwikkelingsfase moontlik 'n rol speel by die ervaring van skuldgevoelens en strafverwagting en dat dit moontlik eerder deel van die ontwikkelingstake van 'n adolessent is as 'n noodwendige simptoom van depressie. Stark et al. (2006b) skryf hierdie fenomeen toe aan egosentrisme by adolessente.

Hierdie studie dui ook aan dat 9% van die respondente selfminagting ervaar en dat sommige van die respondente hulself haat. Stark et al. (2006b) noem dat 'n gebrek aan ervarende bevoegdheid by pre-adolessente met depressie geassosieer word. By adolessente hou 'n meer abstrakte konsep van gebeurlikheid verband met depressie. Vergelykende studies tussen depressiesimptome onder kinders en volwassenes (Hamman & Rudolph, 2003) toon dat swak selfagting as 'n simptoom van depressie afneem met 'n toename in ouderdom. Kinders se evaluering van hulself (selfagting genoem) verander namate hulle deur die ontwikkelingsfases beweeg. Tydens adolessensie kom dimensies by wat nuwe selfevaluasie verg. Hierdie dimensies is onder andere liggaamlike voorkoms, seksualiteit, verhoudings met die teenoorgestelde geslag en beroepskeuses (Thom et al., 1998). Kinders ervaar onrealistiese hoë selfagting, terwyl kinders tydens hul middelkinderjare meer realisties raak en selfagting afneem. Tydens adolessensie ervaar die adolessent 'n verdere en taamlike afname in selfagting wanneer aanpassings in hul lewens gemaak moet word. Namate aanpassing bewerkstellig is, neem die selfagting weer toe (Thom et al., 1998).

Selfkritiek is ook ondersoek en hierdie studie dui aan dat 39% van al die respondente oormatig selfkrities is en hulself blameer vir hul foute of

negatiewe dinge wat met hul gebeur. Adolessensie is 'n tyd van toenemende introspeksie waar die adolessente toenemend bewus word van hom- of haarself. Aangesien die adolessent oor die vermoë beskik om verskillende moontlikhede te oorweeg en dit vergelyk met die res van sy of haar portuur, word hierdie selfbeeld ook vergelyk met die res van die portuurgroep. Die gevolg is dat adolessente meer introspektief en analities raak, wat dikwels tot selfkritiek kan lei, veral as hulle nie met die res van die portuurgroep ooreenstem nie. Hierdie bewustheid kan lei tot gemoedskommeling wat wissel van depressie en ontevredenheid tot geluk en plesier (Thom et al., 1998).

Selfmoordgedagtes word hier as 'n simptome van depressie beskou en word ook deur die BDI-II ondersoek. Selfmoordgedagtes, selfmoord en selfmoordpogings word egter nie alleenlik met depressie verbind nie. Dit kom ook voor by adolessente wat middels misbruik, impulsiewe gedragsversteurings het en ook dié wat sosiale omgewingsfaktore ervaar soos 'n vriend wat selfmoord pleeg (Hamman & Rudolph, 2003). Geslaagde selfmoordpogings tydens adolesensie is skaars, maar gedagtes rondom selfmoord kom meer gereeld voor (Carr, 2006). Uit die totale aantal respondente in hierdie studie het 35% van die respondente aangedui dat hul selfmoord gedagtes het en 8% het aangedui dat hul selfmoord sal pleeg. Volgens Hamman en Rudolph (2003) kom selfmoordgedagtes by ongeveer 60% van depressiewe adolessente voor.

Gedagtes oor die dood, selfmoordgedagtes en -planne is ongelukkig dikwels 'n inherente deel van die simptomekompleks van depressie, hoewel dit moontlik is om depressief te wees en nie sulke gedagtes te hê nie (Oosthuizen, 2007, p. 27).

Episodiese huil as 'n simptome van depressie is ondersoek. Olsson en Knorrning (1997) 'n studie onder Sweedse adolessente gedoen en bevind dat huil en gevoelens van onaantreklikheid by dogters en huil en geïrriteerdheid by seuns meer by ouer adolessente gerapporteer word as by jonger adolessente. Hierdie studie het bevind dat 7% van die respondente gedurig huil en dat 8% van die respondente nie meer kan huil nie alhoewel hul vroeër kon huil. Hierdie studie het ook bevind dat 12% van die respondente gedurig

gevoelens van geïrriteerdheid ervaar. 'n Studie deur Sund, Larsson en Wichstrøm (2001) toon dat meer dogters as seuns response aandui wat geïrriteerdheid insluit. Cooper en Goodyer (1993) het bevind dat geïrriteerdheid by ongeveer 60% van die respondente van hul bepaalde steekproef met 'n gedeeltelike depressiewe sindroom en by ongeveer 80% van die respondente van die steekproef met hoë tellings van depressiesimptome voorgekom het. Soos reeds by die aanvang van hierdie afdeling genoem, kom irritasie as 'n depressiesimptoom by kinders en adolessente meer dominant as 'n bedrukte gemoed voor (Hamman & Rudolph, 2003; Stark et al., 2006b).

Sosiale onttrekking as 'n simptome van depressie word nie uitgelig in studies wat tot die navorser se beskikking is nie, dus word hier aanvaar dat die voorkoms van hierdie simptome van depressie nie noemenswaardig genoeg was om in vorige studies te noem nie. Indien dit die geval sou wees, strook die resultate van hierdie studie, wat toon dat 2 respondente hul belangstelling in mense verloor het, hiermee. Die ontwikkelingsfase waarin die adolessent hom of haar bevind, kan ook hier as verduideliking dien vir die klein aantal respondente wat hul belangstelling in ander mense verloor het. Adolessensie gaan gepaard met die behoefte om te behoort en daar is tydens hierdie fase 'n toenemende belangstelling in en betrokkenheid by die portuurgroep (Thom et al., 1998).

In hierdie studie is daar verder bevind dat 14% van die respondente probleme ervaar ten opsigte van besluitneming. 'n Studie van Sund, Larsson en Wichstrøm (2001) dui aan dat besluiteloosheid een van die dominante simptome van depressie onder adolessente is. Volgens die laasgenoemde studie het meer seuns as dogters aangedui dat hul besluiteloosheid as 'n simptome van depressie ervaar. Verder is in hierdie studie ook bevind dat 16% van die respondente aangedui dat hulle tot 'n hoë mate ongelukkig is met hul voorkoms. Sund, Larsson en Wichstrøm (2001) het bevind dat by individue met hoë tellings ten opsigte van depressiesimptome, meer dogters as seuns ongelukkig is met hul voorkoms en dat hulle onaantreklik voel. Kent, Vostanis en Feehan (Sund, Larsson & Wichstrøm, 2001) het studies onder

klinies depressiewe adolessente gedoen en bevind dat 'n respons soos "ek dink ek lyk lelik" 'n goeie aanduiding gee van die graad van depressie wat adolessente beleef. Adolessensie is 'n tydperk waarin liggaamlike veranderinge plaasvind. 'n Belangrike ontwikkelingstaak is die aanvaarding van hierdie liggaamlike veranderinge. By seuns en dogters kan skielike liggaamsverandering tot verleentheid lei, wat dan weer 'n negatiewe liggaamsbeeld tot gevolg kan hê (Thom et al., 1998).

Hierdie studie het ook bevind dat 14% van die respondente probleme met slaap ervaar en dat hul vroeër wakker word as normaalweg. Hamman en Rudolph (2003) noem dat slaapversteurings onder adolessensie juis as die teenoorgestelde mag voorkom (bekend as hipersomnie), wat verwys na oormatige slaap en verlengde nagtelike slaap. Roberts, Lewinsohn en Seeley (1995) het bevind dat slaapversteurings een van die simptome van depressie is wat die gereeldste onder adolessente voorkom. Die bevindings van die studie van Sund, Larsson en Wichstrøm (2001) kom hiermee ooreen.

'n Verdere depressiesimptoom wat hier kortliks bespreek word, hou verband met energievlakke of vatbaarheid vir vermoeiing. Lae vlakke van energie word aangedui as 'n simptoom van depressie. Elf persent van die respondente wat aan hierdie studie deelgeneem het, het aangedui dat hulle lae energievlakke ervaar. Hierdie persentasie is ietwat hoër as wat Sund, Larsson en Wichstrøm (2001) bevind het. Hulle het in hul studie bevind dat 8.8% van hul steekproef gevoel het dat hulle te moeg is om enigiets te doen.

Verlies aan aptyt is 'n verdere simptoom van depressie en 7% van die respondente het aangedui dat hulle wel 'n afname in aptyt ervaar, en 20% van die respondente het aangedui dat hulle onlangs meer as 2.5 kg gewig verloor het. Die BDI-IA-item wat ondersoek instel na aptytveranderinge fokus slegs op 'n afname in aptyt as 'n depressiesimptoom en nie ook op 'n verhoogde aptyt soos deur die DSM-IV-TR (APA, 2000) aangedui nie. Cooper en Goodyer (1993) se studie het bevind dat 'n beduidende aantal respondente met matige depressiesimptome verhoogde aptyt as 'n simptoom van depressie ervaar.

Somatiese preokkupasie word as 'n simptoom van depressie beskou. Somatiese klagtes kom veral by jonger kinders voor. Hamman en Rudolph (2003) noem dat somatiese klagtes met toename in ouderdom afneem. Daar kan verwag word dat adolessente minder somatiese klagtes as 'n simptoom van depressie het as kinders. Hierdie studie het bevind dat slegs 7% van al die respondente bekommerd is oor liggaamlike probleme.

Laastens word verlies aan belangstelling in libido bespreek. In totaal het 11% van die respondente wat aan hierdie studie deelgeneem het aangedui dat hul belangstelling in seks baie of heeltemal afgeneem het. Adolessensie is 'n tydperk waar adolessente toenemend bewus word van hul seksualiteit en ook hul seksuele oriëntasie ontdek. Belangstelling in seks en verhoogde libido is normale eienskappe van adolessentwees, maar die adolessent word tegelykertyd ook met waarde-oriëntasies ten opsigte van seksualiteit gekonfronteer. Hierdie verskillende konflikterende waardes waarvolgens die adolessent sy eie gedrag rig, kan byvoorbeeld waardes soos selibaatheid, gemeenskap slegs binne die huwelik, gemeenskap binne 'n intieme verhouding en gemeenskap vir die genot daarvan insluit (Thom et al., 1998).

4.9 BETROUBAARHEID VAN DIE STUDIE

'n Betroubaarheidsanalise is gedoen deur middel van Cronbach se alfakoëffisiënt. Die response het 'n betroubaarheid van 0.911 getoon, wat voldoen aan die vereiste riglyn van 0.7-1.0. Die gemiddelde interitemkorrelasie is 0.337. Die statistiese analise dui op hoë betroubaarheid van die studie.

4.10 OPSOMMING EN GEVOLGTREKKING

Hierdie studie het bevind dat 22% van die respondente matige tot ernstige vlakke van depressie toon. Hierdie is effens hoër as wat studies onder adolessente in Wes-Europa, Asië en Australië bevind het en laer as wat studies in Suid-Amerika bevind het. Die aantal respondente wat een of meer simptome van depressie getoon het, maak 55% van die totale aantal respondente uit. Hierdie bevinding is egter ietwat hoër as wat verskeie ander studies aangetoon het. Vorige studies het aangedui dat ongeveer 40% van

alle adolessente op 'n gegewe tydstip simptome van depressie ervaar. Hierdie studie het verder bevind dat slegs 6% van die respondente wel in die verlede met depressie gediagnoseer is. Hierdie persentasie is beduidend laer as die totale persentasie van respondente wat aan die studie deelgeneem het wat moontlik depressie toon. Hierdie resultate strook met die navorsers se hipotese dat minder adolessente met depressie gediagnoseer word as wat werklik depressie ervaar. Minder as 'n derde (31%) van die respondente wat in die verlede gediagnoseer is, het wel medikasie vir hulle kondisie gebruik, en 42% het psigoterapie ontvang. Volgens hierdie studie dui die resultate dus daarop dat meer respondente met 'n diagnose van depressie eerder die opsie van psigoterapie as die gebruik van medikasie gekies het.

Die tellingstotale van die respondente toon 'n gemiddelde telling van 11.22, met 'n mediaan van 9. Die grootste aantal respondente het tellings tussen 5 en 15 behaal wat dui op normale funksionering in terme van die BDI-IA interpretasie. Tellings so hoog as 53 het voorgekom, wat beduidend hoër is as wat verwag is. Volgens die kliniese kategorieë indeling van die tellingstotale van die BDI-IA, val 78% van al die respondente in 'n lae-risiko-kategorie en 22% van die respondente val in 'n hoë-risiko-kategorie vir depressie. Hierdie bevindinge sluit aan by ander internasionale studies wat tellings van 11% tot 35% ten opsigte van depressiewe adolessente bevind het. Dit moet egter weereens hier benadruk word dat die bevindinge van hierdie studie, weens die nie-waarskynlikheidsteekproef wat gebruik is, streng gesproke nie veralgemeenbaar is nie.

Hierdie studie het verder bevind dat die gemiddelde tellingstotale van die vroulike respondente hoër was as dié van die manlike respondente. Hierdie verskynsel kom ooreen met literatuur en navorsingsresultate oor geslagsverskille rakende die voorkoms van depressie onder adolessente. Laastens is kortliks genoem dat die skole in laer sosio-ekonomiese agtergronde hoër gemiddelde tellingstotale behaal het as die skole met 'n hoër sosio-ekonomiese agtergrond.

Die gevolgtrekking wat hier gemaak word, is dus dat die voorkoms van depressiesimptome onder adolessente in die Stellenbosch-omgewing

ooreenstem met bevindinge van studies wat op internasionale vlak gedoen is. Die voorkoms van depressiesimptome is egter effens hoër (55%) as wat beskikbare literatuur aandui.

'n Verdere gevolgtrekking is dat sommige tipiese eienskappe van adolessensie ooreenstem met sommige tipiese depressiesimptome wat die diagnose van depressie onder adolessente kan bemoeilik. Hierdie ooreenstemmende "simptome" of eienskappe kan moontlik die rede wees dat soveel adolessente met depressie nie gediagnoseer word nie en ook nie ondersteuning vir hul depressie ontvang nie.

In die volgende en finale hoofstuk word 'n opsomming aangebied gevolg deur die tekortkominge en samevatting van die studie. Laastens word enkele aanbevelings vir verdere navorsing gemaak.

HOOFSTUK 5

OPSOMMING, BEPERKINGE, KONKLUSIE EN ENKELE AANBEVELINGS

5.1 INLEIDING

Hierdie hoofstuk bied 'n opsomming van die navorsingsbevindinge en die opweging daarvan teen die navorsingsvrae, gevolg deur 'n bespreking van die beperkinge van hierdie studie. 'n Konklusie word daarna bereik en enkele aanbevelings vir verdere navorsing word gemaak. Die hoofstuk word afgesluit met 'n finale opmerking.

5.2 OPSOMMING

Depressie en simptome van depressie word reeds vir baie jare deur navorsers en akademici ondersoek. Bestaande diagnostiese sisteme fokus op simptome van depressie by volwassenes, wat dan net so op kinders en adolessente toegepas word. 'n Verdere bekommernis van die navorser was dat die voorkoms van depressie onder adolessente deur verskeie bronne in die literatuur moontlik as laer beskryf is as wat in werklikheid ervaar word. Hierdie studie het egter bevind dat die voorkoms van depressiesimptome ooreenstem met internasionale statistiek.

In **hoofstuk 1** is die motivering, doelstellings en die navorsingsvrae van die studie uiteengesit. Die primêre navorsingsvraag handel oor die voorkoms van depressiesimptome onder graad 10-leerders in die Stellenbosch-omgewing. Sekondêre vrae van hierdie studie sluit eerstens in of daar 'n verskil tussen die voorkoms van depressiesimptome by graad 10-seuns en graad 10-dogters bestaan. 'n Tweede sekondêre navorsingsvraag ontstaan oor watter spesifieke depressiesimptome by die leerders voorkom. 'n Derde en laaste sekondêre navorsingsvraag wat die studie rig, handel oor die ooreenkomste tussen simptome van depressie by graad 10-leerders en die ontwikkelingsfase waarin hulle hul bevind.

In **hoofstuk 2** is 'n literatuuroorsig gebied wat hierdie studie rig. In hoofstuk 2 is teoretiese perspektiewe rondom die etiologie van depressie, depressiewe versteurings en depressie in die adolessente ontwikkelingsfase aangespreek. Die ondersteuning van depressie onder adolessente het ook in hoofstuk 2 aandag geniet, asook die impak van depressie by adolessente op die opvoedkundige omgewing.

Hoofstuk 3 handel oor die navorsingsparadigma en navorsingsmetodiek. Die instrument wat in hierdie studie gebruik is en enkele maar belangrike etiese dilemmas is bespreek. Hierdie studie is vanuit 'n post-positivistiese paradigma aangepak. Kwantitatiewe metodes is gebruik deur middel van 'n selfrapportvraelys wat deur die deelnemers voltooi is.

In **hoofstuk 4** is die bevindinge van die studie na gelang van die navorsingsvrae aangebied en bespreek. Bevindinge aangaande die voorkoms van depressiesimptome, geslagsverskille, ooreenkomste met depressiesimptome en die adolessente ontwikkelingsfase is aangebied en bespreek.

5.3 TEKORTKOMINGE VAN DIE STUDIE

5.3.1 Steekproef

Die kwessie rakende die steekproef is reeds deeglik in afdeling 1.4.2.2 bespreek. Die gebruik van 'n nie-waarskynlikheidsteekproef het bepaalde nadele, aangesien die resultate van hierdie studie nie met sekerheid met die algemene populasie vergelyk kan word nie. Thomas (2006) noem dat 'n gerieflikheidsteekproef in kwantitatiewe navorsing gebruik kan word, maar dat die veralgemeenbaarheid van die resultate problematies kan wees.

5.3.2 Vraelys

Deur gebruik te maak van slegs een vraelys, in hierdie geval die BDI-IA, is tot 'n redelike mate beperkend vir enige studie. Aangesien die BDI en die hersiene uitgawes daarvan 'n goeie reputasie onder navorsers het, het die navorser besluit dat dit voldoende vir hierdie studie is. Die gebruik van

gestandaardiseerde vraelyste is beperkend, aangesien die vraelys bloot ondersoek instel oor dit wat in die items gestel word en selde oor die deelnemers se sosiale konteks handel. Die navorser kan skaars insig in die totale konteks van die deelnemer ontwikkel (Babbie & Mouton, 2005).

5.4 SAMEVATTING

Die primêre navorsingsvraag en dus ook die hoofdoel van die studie was om te bepaal wat die huidige voorkoms van depressiesimptome by graad 10-leerders in Stellenbosch is. In hoofstukke 1 en 4 is aangedui dat depressiesimptome op enige gegewe tyd by 40% van alle adolessente voorkom. Hierdie studie het bevind dat 55% van al die respondente wel een of meer simptome van depressie op die tydstip van die voltooiing van die vraelys gerapporteer het. Hierdie persentasie is 15% hoër as wat in die verlede deur studies aangedui is. Graad 10-leerders in Stellenbosch toon dus 'n hoër voorkoms van een of meer simptome van depressie soos deur die BDI-IA bepaal.

Die sekondêre navorsingsvrae van hierdie studie handel oor die verskille ten opsigte van geslag en die voorkoms van depressiesimptome. Hierdie studie het bevind dat die gemiddeldes van die tellingstotale van manlike en vroulike respondente aangedui het dat die vroulike respondente 'n hoër gemiddelde tellingstotaal as die manlike respondente het. Hierdie bevinding kom ooreen met vorige studies en literatuur wat aandui dat die voorkoms van depressie (en dus ook depressiesimptome) tydens adolessensie hoër by vrouens as by mans is (Maharajh, Ali & Konings, 2006; Mash & Wolfe, 2005; Park & Goodyer, 2000; Stark et al., 2006b).

'n Verdere sekondêre navorsingsvraag van hierdie studie handel oor watter spesifieke simptome van depressie by die respondente voorgekom het. Die navorser het die afsnypunt van depressiesimptome soos deur die BDI-IA voorgeskryf, in oorleg met 'n kenner bepaal. Vir die doeleindes van hierdie studie word tellings van 2 en 3 as beduidende simptome van depressie aanvaar. Hierdie studie het getoon dat die simptome van depressie wat die meeste onder die respondente voorgekom het, die volgende is:

Onder die respondente het simptome van depressie soos gedagtes oor selfmoord (35%), strafverwagting (22%), selfkritiek (19%), irretasie en swak liggaamsbeeld (beide 16%), bedrukte gemoed en episodiese huil (beide 15%) en besluitloosheid die meeste voorgekom. Dit is gevolg deur die voorkoms van depressiesimptome soos lae energievlakke en verminderde belangstelling in seks (beide 11%), ontevredenheid en probleme ten opsigte van werkverrigting (beide 10%), gevoelens van mislukking (9%), slaapversteurings en pessimisme (beide 8%), somatiese preokkupasie met liggaamlike probleme, 'n verlies aan aptyt en sosiale onttrekking (almal 7%), selfminagting (6%), en laastens gewigsverlies (2%).

Alhoewel dit problematies is om die presiese ontwikkelingsfase van die respondente te bepaal, is daar in hierdie studie aangeneem dat die algemene ontwikkelingsfase van adolessensie op al die respondente van toepassing is. Die bevindinge van hierdie studie het daartoe gelei dat enkele ontwikkelingstake en fases van adolessensie wel met sekere simptome van depressie vergelyk. Ontwikkelingstake en veranderinge wat tydens adolessensie plaasvind en wel mag voorkom as depressiesimptome of andersom, word vervolgens genoem.

Een van die eienskappe van die adolessente ontwikkelingsfase is die belewing van emosionele skommelings. Adolessente kan dus gemoedskommelings van baie gelukkig tot baie bedruk ervaar sonder dat dit as abnormaal beskou kan word. Ontwikkelingsielkunde (Thom et al., 1998) dui aan dat dit ook vir adolessente normaal is om tydens die kinderjare meer negatief en pessimisties voor te kom. Indien 'n adolessent dus aandui dat hy/sy meer pessimisties omtrent die toekoms is, beteken dit nie noodwendig dat die adolessent se pessimisme 'n simptome van depressie is nie. 'n Groot aantal respondente het aangetoon dat hul verwag om gestraf te word. Stark et al. (2006b) skryf hierdie verskynsel toe aan egosentrisme tydens adolessensie.

'n Verdere ontwikkelingstaak tydens adolessensie is self-evaluasie wat lei tot positiewe of negatiewe selfagting. Die adolessent is tydens adolessensie baie sensitief vir gebeure, veral wanneer groot veranderinge in sy of haar lewe

plaasvind (soos skoolwisseling) en dit kan moontlik daartoe bydra dat die adolessent se selfagting by tye laer kan wees as andersins. Tydens adolessensie vind introspeksie gedurig plaas, en eienskappe van die self word in terme van eienskappe van die portuurgroep geëvalueer. Hierdie bewustheid van die self kan tot gemoedskommeling en selfs depressie lei (Thom et al., 1998).

In hierdie studie het 'n klein aantal respondente aangedui dat hulle belangstelling in ander mense verloor het, wat nie tipies van die adolessente ontwikkelingsfase is in die sin dat adolessente oor die algemeen baie meer geïnteresseerd in ander mense is, veral in die portuurgroep. 'n Laaste opmerking oor die adolessente ontwikkelingsfase en die voorkoms van depressiesimptome hou verband met liggaamlike veranderinge asook veranderinge in adolessente seksualiteit. Hierdie studie het bevind dat depressiesimptome soos verlaagde libido en verlaagde liggaamsbeeld by sommige van die respondente voorkom. Verlaagde libido onder adolessente is nie een van die normale fases waardeur adolessente gaan nie, omdat verhoogde libido eerder voorkom (Thom et al., 1998). 'n Groot aantal respondente het aangedui dat hul voorkoms hul baie pla en dat hulle nie daarmee tevrede is nie. Tydens adolessensie vind baie liggaamlike verandering by adolessente plaas wat die adolessent in verleentheid kan stel en wat ook kan veroorsaak dat gevoelens van onsekerheid en skaamte oor en vir hul voorkoms hul gemoed kan bepaal. In die volgende afdeling word enkele aanbevelings gemaak.

5.5 AANBEVELINGS

Enkele aanbevelings word hier gemaak ten opsigte van toekomstige studie oor depressiesimptome by adolessente.

Verdere navorsing aangaande die voorkoms van depressie onder kinders en adolessente in Suid-Afrika kan meer aandag geniet, veral aangesien die voorkoms van depressiesimptome in Stellenbosch ooreenstem met navorsing in die buiteland.

Indien navorsing oor depressie onder kinders en adolessente wel aangepak word, word voorgestel dat die navorsingsmetode van meer as een element van ondersoek (soos die gebruik van een vraelys in hierdie studie) gebruik maak. Tydens die verloop van hierdie studie is gevoel dat die gebruik van een vraelys beperkend is, aangesien die deelnemers se konteks, historiese agtergrond en ander inligting oor moontlike depressiesimptome ook ondersoek behoort te word.

Verder word voorgestel dat navorsing oor adolessente depressie in Suid-Afrika gedoen word met 'n kliniese steekproef. 'n Kliniese steekproef kan baie insig bied in watter spesifieke simptome van depressie onder adolessente voorkom.

'n Verdere aanbeveling is dat die skoolsisteem meer bemagtig behoort te word om leerders met depressiesimptome te kan uitken ten einde voorkomend op te tree of effektiewe ondersteuning te bied. Adolessente self het nie altyd die nodige kennis en ervaring om hul eie simptome van depressie te herken nie, en aangesien sommige simptome van depressie ooreenstem met of eienskappe toon van die adolessente ontwikkelingsfase, kan depressie onder adolessente maklik verkeerdelik geïnterpreteer word as byvoorbeeld buierigheid as deel van adolessensie. Hierdie bemagtiging kan plaasvind deur middel van bewusmaking deur opvoedkundige sielkundiges onder skoolpersoneel, leerders en ouers.

5.6 FINALE OPMERKINGS

Ten spyte van enkele beperkinge het hierdie studie daarin geslaag om die voorkoms van depressiesimptome onder graad 10-leerders in Stellenbosch te bepaal. Hierdie studie het aan die lig gebring dat die voorkoms van depressiesimptome onder leerders in die Suid-Afrikaanse konteks met internasionale studies ooreenstem en dat hier op eie bodem moontlik meer navorsing op hierdie gebied gedoen kan word.

BRONNELYS

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th Edition). Text Revision. Washington, DC: APA.
- Anderson, J.C. & McGee, R. (1994). Comorbidity of depression in children and adolescents. In W.M. Reynolds & H.F. Johnston (Eds.). *Handbook of Depression in Children and Adolescents* (pp. 581-601). New York: Plenum Press.
- Babbie, E. & Mouton, J. (2005). *The Practice of Social Research*. London: Oxford University Press.
- Babbie, E.R. (2001). *The Practice of Social Research*. Belmont: Thomson/Wadsworth.
- Babbie, E.R. (2004). *The Practice of Social Research*. Belmont: Thomson/Wadsworth.
- Barlow, D.H. & Durand, V.M. (2005). *Abnormal Psychology. An integrative Approach*. Belmont: Thompson/Wadsworth.
- Bean, J.P. (2006). Light and shadow in research design. In C.F. Conrad & R. C. Serlin (Eds.). *The SAGE Handbook for Research in Education. Engaging Ideas and Enriching Inquiry* (pp. 353-371). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Beck, A.T. & Steer, R.A. (1984). Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 40(6):1365-1367.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Ball, R. & Ranieri, W.F. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories –IA and –II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 63(3):588-597.

- Beck, A.T., Steer, R.A. & Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty five years of evaluation. *Psychiatric Research*, 8(1):77-100.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbauch, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4:561-571.
- Bemporad, J.R. (1994). Dynamic and interpersonal theories of depression. In W.M. Reynolds & H.F Johnston (Eds.). *Handbook of Depression in Children and Adolescents* (pp. 81-95). New York: Plenum Press.
- Berg, B.L. (1998). *Qualitative Research Methods for the Social Sciences* (3rd Edition). Boston, Massachusetts: Allyn and Bacon.
- Birmaher, B., Brent, D. & Kolko, D. (2000). Clinical outcome after short term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 52(1):29-36.
- Bless, C., Higson-Smith, C. & Kagee, A. (2006). *Fundamentals of Social Research Methods. An African Perspective* (4th Edition). Cape Town: Juta & Co. Ltd.
- Carr, A. (2006). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology. A Contextual Approach* (2nd Edition). London: Routledge.
- Carstens, J.A. (1995). *The relationship between sense of coherence and depression*. Ongepubliseerde Meesters Tesis, Stellenbosch Universiteit, Stellenbosch, Suid-Afrika.
- Colman, A.M. (2006). *Oxford Dictionary of Psychology*. Oxford: Oxford University Press.
- Cooper, P.J. & Goodyer, I. (1993). A community study of depression in adolescent girls. I: estimates of symptom and syndrome prevalence. *British Journal of Psychiatry*, 163(3):69-74, 379-380.

- Creswell, J.W. (2003). *Research Design. Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches* (2nd Edition). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Dahlstrom, W.G., Brooks, J.D. & Peterson, C.D. (1990). The Beck Depression Inventory: Item order and the impact of response sets. *Journal of Personality Assessment*, 55(1&2):224-233.
- Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (2005). Introduction. The discipline and practice of qualitative research. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.). *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (3rd Edition) (pp.1-32). Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.
- Diamond, G., Serrano, A. & Dickey, M. (1995). Current states of family-based outcome and process research. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 35(1):6-16.
- Emslie, G.J., Weinberg, W.A., Kennard, B.D. & Kowatch, R.A. (1994). Neurobiological aspects of depression in children and adolescents. In W.M. Reynolds & H.F. Johnston (Eds.). *Handbook of Depression in Children and Adolescents* (pp. 143-165). New York: Plenum Press
- Ercikan, K. & Roth, W. (2006). Constructing data. In C.F. Conrad & R.C. Serlin (Eds.). *The SAGE Handbook for Research in Education. Engaging Ideas and Enriching Inquiry* (pp. 451-475). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Gorenstein, C., Anrade, L., Filho, A.H.G.V.,Tung, T.C. 7 Artes, R. (1999). Psychometric properties of the Portugese Version of the Beck Depression Inventory on Brazilian college students. *Journal of Clinical Psychology*, 55(5): 553-562.
- Groth-Marnat, G. (1990). *The Handbook of Psychological Assessment* (2nd Edition). New York: John Wiley & Sons.
- Guba, E.G.(1990). The alternative paradigm dialog. In E.G. Guba (Ed.). *The Paradigm Dialog*. Newbury Park: SAGE Publications.

- Guba, E.G. & Lincoln, Y.S. (2005). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.). *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (3rd Edition) (pp.191-216). Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.
- Hamman, C. & Rudolph, K.D. (2003). Childhood mood disorders. In E.J. Mash & R.A. Barkley (Eds.). *Child Psychopathology* (2nd Edition) (pp.233-278). New York: The Guilford Press.
- Herring, M. & Kaslow, N.J. (2004). Depression and attachment in families: a child-focused perspective. *Family Process*, 41(3):494-518.
- Holahan, C.J., Moos, R.H. & Benin, L. (1999). Social context and depression: An integrative stress and coping framework. In T. Joiner & T. Coyne (Eds.). *Interpersonal Aspects of Depression* (pp. 39-63). Washington, DC: American Psychological Association.
- Jackson, B. & Lurie, S. (2006). Adolescent depression: Challenges and opportunities: a review and current recommendations for clinical practice. *Advances in Paediatrics*, 53:111-163.
- Joiner, T., Coyne, J.C. & Ballock, J. (1999). On the interpersonal nature of depression: Overview and synthesis. In T. Joiner & J.C. Coyne (Eds.). *Advances in Interpersonal Approaches. The Interactional Nature of Depression* (pp. 3-19). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kaslow, N.J., Brown, R.T. & Mee, L.L. (1994). Cognitive and behavioural correlates of childhood depression. In W.M. Reynolds. & H.F. Johnston (Eds.). *Handbook of Depression in Children and Adolescent* (pp. 97-121). New York: Plenum Press.
- Kendall, P.C. (2006). Guiding theory for therapy with children and adolescents. In P.C. Kendall (Ed.). *Child and Adolescent Therapy. Cognitive-Behavioral Procedures* (pp. 3-30.). New York: The Guilford Press.

- Kendall, P.C., Hollon, S.D., Beck, A.T., Hammen, C.L. & Ingram, R.E. (1987). Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 11(3): 289-299.
- Kriegler, S. (1989). The learning disabilities paradigm: Is it relevant in the South African context. *International Journal of Special Education*, 4(2):165- 171.
- Kronenberger, W.G. & Meyer, R.G. (2001). *The Child Clinician's Handbook* (2nd Edition). Boston: Allyn and Bacon.
- Larsson, B. & Melin, L. (1990). Depressive symptoms in Swedish adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18(1): 91-103.
- Lasa, L., Ayuso-Mateos, J.L., Vázquez-Barquero, J.L., Díez-Manrique, F.J. & Dowrick, C.F. (2000). The use of the Beck Depression Inventory to screen for depression in the general population: A preliminary analysis. *Journal of affective disorder*, 53,261-265. Retrieved January 7, 2008, from CAT.INSIST.
- Lewinsohn, P.M., Clarke, G.N. & Rohde, P. (1994). Psychological approaches to the treatment of depression in adolescents. In W.M. Reynolds & H.F. Johnston (Eds.). *Handbook of Depression in Children and Adolescents* (pp. 309-344). New York: Plenum Press.
- Maharajh, H.D., Ali, A. & Konings, M. (2006). Adolescent depression in Trinidad and Tobago. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15(1):32-37.
- Martin, A. & Cohen, D.J. (2000). Adolescent depression: Window of (missed?) opportunity. *The American Journal of Psychiatry*, 157(10):1549-1551.
- Mash, E.J. & Wolfe, D.A. (2005). *Abnormal Child Psychology* (3rd Edition). Belmont: Wadsworth.

- Matson, J.L. (1989). *Treating Depression in Children and Adolescents*. New York: Pergamon Press.
- Mertens, D.M. (2005). *Research and Evaluation in Education and Psychology. Integrating Diversity with Quantitative, Qualitative, and Mixed Methods* (2nd Edition). London: SAGE Publications.
- Michalak, E.E., Murray, G., Wilkinson, C., Dowrick, C., Lasa, L., Lehtinen, V., Dalgard, O.S., Ayusos-Mateos, J.L., Vazquez-Barquero, J.L. & Casey, P. (2004). Estimating depression prevalence from the Beck Depression Inventory: Is season of administration a moderator? *Psychiatry Research*, 129, 99-106. Retrieved May, 12, 2008, from ScienceDirect.
- Mondimore, F.M. (1990). *Depression, the Mood Disease*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Moore, R.G. & Garland, A. (2003). *Cognitive therapy for chronic and persistent depression*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Mouton, J. (2001). *How to Succeed in Your Master's and Doctoral Studies. A South African Guide and Resource Book*. Pretoria: Van Schaik Uitgewers.
- Muijs, D. (2004). *Doing Quantitative Research in Education with SPSS*. London: SAGE.
- Nevid, J.S., Rathus, S.A. & Greene, B. (2000). *Abnormal Psychology in a Changing World* (4th Edition). New Jersey: Prentice Hall.
- NIMH (National Institute of Mental Health). (2003). *Breaking ground, breaking through: the strategic plan for mood disorders research of the National Institute of Mental Health*. Washington D.C.US: Department of Health and Human Sciences.
- Nurcombe, B. (1994). The validity of the diagnosis of major depression in childhood and adolescence. In W.M. Reynolds & H.F. Johnston (Eds.).

- Handbook of Depression in Children and Adolescents* (pp. 61-77). New York: Plenum Press.
- Olsson, G. & Von Knorring, A.-L. (1997). Beck's Depression Inventory as a screening instrument for adolescent depression in Sweden: gender differences. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95:277-282.
- Oosthuizen, P. (2007). *Ontsnap van Depressie*. Kaapstad: Tafelberg-Uitgewers.
- Park, R.J. & Goodyer, I.M. (2000). Clinical guidelines for depressive disorders in childhood and adolescence. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9(3):147-161.
- Phillips, D.C. & Burbules, N.C. (2000). *Postpositivism and Educational Research*. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Provincial Government Western Cape. (2007). Socio-economic profile: Cape Winelands District. Retrieved June, 12, 2008, from <http://www.capegateway.gov.sa>.
- Reynolds, W.M. & Mazza, J.J. (1994). Suicide and suicidal behaviors in children and adolescents. In W.M. Reynolds & H.F. Johnston (Eds.). *Handbook of Depression in Children and Adolescents* (pp. 525-580). New York: Plenum Press
- Roberts, R.E., Lewinsohn, P.M. & Seeley, J.R. (1995). Symptoms of DSM-III-R major depression in adolescents: evidence from an epidemiological survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34:1608-1617.
- Segal, D.L., Coolidge, F.L., Cahill, B.S. & O'Riley, A.A. (2008). Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) among community-dwelling older adults. *Behaviour Modification*, (32):3-20.
- Seligman, M.E.P. (1992). *Helplessness. On Development, Depression and Death*. New York: W.H. Freeman and Company.

- Sørensen, M.J., Mors, O. & Thomsen, P.H. (2005). DSM-IV or ICD-10 diagnoses in child and adolescent psychiatry: does it matter? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 11(6):335-340.
- Spirito, A. & Esposito-Smythers, C. (2006). Addressing adolescent suicidal behaviour, cognitive-behavioral strategies. In P.C. Kendall (Ed.). *Child and Adolescent Therapy. Cognitive-Behavioral Procedures* (pp. 217-242). New York: The Guilford Press.
- Stark, K.D., Bronik, M.D., Wong, S., Wells, G. & Ostrander, R. (2000). Depressive disorders. In M. Hersen & R.T. Ammerman (Eds.). *Advanced Abnormal Child Psychology* (2nd Edition) (pp. 291-326). London: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Stark, K.D., Hargrave, J., Sander, J., Custer, G., Schnoebelen, S., Simpson, J. & Molnar, J. (2006a). Treatment of childhood depression. The ACTION Treatment program. In P.C. Kendall (Ed.). *Child and Adolescent Therapy. Cognitive-Behavioral Procedures* (pp. 169-216). New York: The Guilford Press.
- Stark, K.D., Rouse, L.W. & Kurowski, C. (1994). Psychological treatment approaches for depression in children. In W.M. Reynolds. & H.F. Johnston (Eds.). *Handbook of Depression in Children and Adolescents* (pp. 275-307). New York: Plenum Press.
- Stark, K.D., Sander, J., Hauser, M., Simpson, J., Schnoebelen, S., Glenn, R. & Molnar, J. (2006b). Depressive disorders in childhood and adolescents. In E.J. Mash & R.A. Barkley (Eds.). *Treatment of Childhood Disorders* (3rd Edition) (pp. 336-410). London: The Guilford Press.
- Steer, R.A., Kumar, G., Ranieri, W.F. & Beck, A.T. (1998). Use of the Beck Depression Inventory-II with adolescent psychiatric outpatients. *Journal of psychopathology and Behavioral Assessment*, 20(2):127-137.

- Stinton, L. 2005. Beck Depression Inventory (BDI). Retrieved March, 20, 2008, from http://www.chiroview.net/Beck_Depression_Inventory.html
- Stoppard, J.M. (2000). *Understanding Depression. Feminist Social Constructionist Approaches*. London: Routledge.
- Storkey, K. (2006). The prevalence of depressive symptoms in the prepartum and postpartum period: a study of low income women in the Western Cape, South Africa. Ongepubliseerde Meesters Tesis, Stellenbosch Universiteit, Stellenbosch, Suid-Afrika.
- Strauss, P.R., Gagiano, C.A., Van Rensburg, P.H.J.J., De Wet, K.J. & Strauss, H.J. (1995). Identification of depression in a rural general practice. *South African Medical Journal*, 85(8):755-759.
- Sund, A.M., Larsson, B. & Wichstrøm, L. (2001). Depressive symptoms among young Norwegian adolescents as measured by The Mood and Feelings Questionnaire (MFQ). *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10(4):222- 229.
- Swart, H. (2005). The development of a Xhosa translation of the Beck Depression Inventory-II. Ongepubliseerde Meesters Tesis, Stellenbosch Universiteit, Stellenbosch, Suid-Afrika.
- Terr Blanche, M. & Durrheim, K. (1999). *Research in Practice*. Cape Town: University of Cape Town Press.
- Thom, D.P., Louw, A.E., Van Ede, D.M. & Ferns, I. (1998). Adolessensie. In D.A. Louw, D.M. Van Ede & A.E. Louw. *Menslike Ontwikkeling* (3de Uitgawe) (pp. 387-474). Pretoria: Kagiso Uitgewers.
- Thomas, S.L. (2006). Rationale and rigor in choosing what to observe. In C.F. Conrad & R.C. Serlin (Eds.). *The SAGE Handbook for Research in Education. Engaging Ideas and Enriching Inquiry* (pp. 393-423). Thousand Oaks: SAGE Publications.

- Trowell, J., Joffe, I., Campbell, J., Clemente, C., Almqvist, F., Soininen, M., Koskenranta-Aalto, U., Weintraub, S., Kolaitis, G., Tomaras, V., Anastasopoulos, D., Grayson, K., Barnes, J. & Tsiantis, J. (2007). Childhood depression: a place for psychotherapy. *European Child Adolescent Psychiatry*, 6(3):157-167.
- Tucker, C.M. (2004). The role of school psychology in preventing depression. *Psychology in the School*, 41(7):376775.
- Undheim, A.M. & Sund, A.M. (2005). School factors and the emergence of depressive symptoms among young Norwegian adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14(8):446-453.
- Weller, B. & Weller, R.A. (1984). *Current Perspectives on Major Depressive Disorders in Children*. New York: Human Sciences Press.
- Whisman, M.A., Perez, J.E. & Ramel, W. (2000). Factor structure of the Beck Depression Inventory – Second Edition (BDI-II) in a student sample. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4): 545-551.
- Wolman, B.B. & Sticker, G. (1990). *Depressive Disorders: Facts, Theories and Treatment Methods*. New York: Wiley.

ADDENDUM A

Nomsa
 Enquiries
 Imibuzo
 Telephone
 Telephone
 Ifoni
 Faka
 Fax
 Ifekni

Dr RS Cornelissen

(021) 467-2286

(021) 425-7445

Verwysing
 Reference
 Isalathiso

20080404-0009



Wes-Kaap Onderwysdepartement
 Western Cape Education Department
 ISebe leMfundo leNtshona Koloni

Mev Daleen Barkhuizen
 11 Withering Heights
 Pascallstraat
 DURBANVILLE
 7550

Geagte Mev D. Barkhuizen

NAVORSINGSVOORSTEL: DIE VOORKOMS VAN DEPRESSIE BY G RAAD 10 LEERDERS IN SKOLE IN DIE STELLENBOSCH OMGEWING.

U aansoek om bogenoemde navorsing in skole in die Wes-Kaap te onderneem, is toegestaan onderhewig aan die volgende voorwaardes:

1. Prinsipale, opvoeders en leerders is onder geen verpligting om u in u ondersoek by te staan nie.
2. Prinsipale, opvoeders, leerders en skole mag nie op enige manier herkenbaar wees uit die uitslag van die ondersoek nie.
3. U moet al die reëlings met betrekking tot u ondersoek self tref.
4. Opvoeders se programme mag nie onderbreek word nie.
5. Die ondersoek moet onderneem word vanaf 04 April 2008 tot 30 Mei 2008.
6. Geen navorsing mag gedurende die vierde kwartaal onderneem word nie omdat skole leerders op die eksamen (Oktober tot Desember) voorberei.
7. Indien u die tydperk van u ondersoek wil verleng, moet u asb met dr R Cornelissen in verbinding tree by die nommer soos hierbo aangedul, en die verwysingsnommer aanhaal.
8. 'n Fotostaat van hierdie brief sal oorhandig word aan die prinsipaal van die inrigting waar die beoogde navorsing sal plaasvind.
9. U navorsing sal beperk wees tot die volgende skole:
10. 'n Kort opsomming van die inhoud, bevindinge en aanbevelings van u navorsing moet voorsien word aan die Direkteur: Onderwysnavorsing.
11. 'n Afskrif van die voltooië navorsingsdokument moet ingedien word by:
 Die Direkteur: Navorsingdienste
 Wes-Kaap Onderwysdepartement
 Privaatsak X9114
 KAAPSTAD
 8000

Ons wens u sukses toe met u navorsing.

Die uwe

Getekene: Ronald S Cornelissen

ADDENDUM B



UNIVERSITEIT STELLENBOSCH-UNIVERSITY
join kennis aan jou • join knowledge partners

Tel.: 808-4823
Navrê: Maryke Hunter-Hüsselmann

22 Mei 2008

Me D Barkhuizen
Opvoedkundige Sielkunde
Universiteit van Stellenbosch
STELLENBOSCH
7602

Verwysingsnommer: 84/2008

Geagte me Barkhuizen

AANSOEK VIR ETIESE BEOORDELING

Met verwysing na u aansoek in bovermelde verband, is dit vir my aangenaam om u mee te deel dat u projek *Die voorkoms van depressie by graad 10 leerders in skole in die Stellenbosch omgewing* deur Subkomitee A goedgekeur is met dien verstande dat:

1. Die navorser binne die prosedures en protokolle wat in die voorstel aangedui word, sal bly;
2. Die navorsing weer vir etiese klaning voorgelê sal word indien daar substantief van die bestaande voorstel afgewyk word
3. Die navorser binne die grense van enige toepaslike nasionale wetgewing, institusionele riglyne en die toepaslike standaarde van wetenskaplikheid wat binne hierdie veld van navorsing geld, sal bly.

Sterkte word u toegewens met u verdere navorsingsaktiwiteite.

(ME.) ME. M. HUNTER-HÜSSELMANN
ns. SENIOR DIREKTEUR: NAVORSING (GEESTES- EN SOSIALE WETENSKAPPE)

G:\NAVORSPOELIANO-dokumente\GW koörd doks\Subkomitee A\Etiek\Briewe\2008\

Afdeling Navorsingsontwikkeling • Division of Research Development
Privaat Sak/Private Bag X1 • 7602 Stellenbosch • Suid-Afrika/South Africa
Tel +27 21 808 9111 • Faks/Fax: +27 21 808 4537

ADDENDUM C

Play & Schoolroom Lily

From: "Play & Schoolroom Lily" <mwilyf@mweb.co.za>
To: <12374644@sun.ac.za>
Sent: 03 April 2008 04:36
Subject: Fw: Permission to use the BDI-II in research study

----- Original Message -----

From: "Information (PAS-UK)" <info@pearson-uk.com>
To: "Lily Friedman" <play-schoolroom@mweb.co.za>
Sent: Thursday, April 03, 2008 2:04 PM
Subject: RE: Permission to use the BDI-II in research study

Dear Ms Barkhuizen,

Thank you for your enquiry which Lily has passed here to the UK.

I have checked with our Psychology manager, Faye Henchy, and she says it is ok for you to use this assessment for your thesis.

Kind Regards,

Sue Marce
Senior Customer Services Co-ordinator
Pearson
Assessment
Halley Court, Jordan Hill, Oxford, OX2 8EJ

Tel: +44 (01865) 888188
Fax: +44 (01865) 314348

info@pearson-uk.com

www.pearson-uk.com

Registered in England and Wales: 872828

----- Original Message -----

From: <12374644@sun.ac.za>
To: <play-schoolroom@mweb.co.za>
Sent: Wednesday, April 02, 2008 10:44 AM
Subject: Permission to use the BDI-II in research study

Dear Lilly

On 11 December 2007 we had a telephonic conversation regarding the permission I need to conduct research using the Beck Depression

08/04/22

ADDENDUM D

UNIVERSITEIT STELLENBOSCH
INWILLIGING OM DEEL TE NEEM AAN NAVORSING

Die voorkoms van depressie by graad 10-leerders in hoërskole in die Stellenbosch-omgewing.

Hiermee word u as skoolhoof gevra om toestemming te verleen dat graad 10-leerders kan deelneem aan 'n navorsingstudie deur Daleen Barkhuizen (MEdPsig-student), van die Departement Opvoedkundige Sielkunde aan die Universiteit Stellenbosch. Die resultate sal deel word van 'n navorsingstesis. U skool is as deelnemer aan die studie is gekies aangesien dit 'n skool in die Stellenbosch-omgewing is.

1. DOEL VAN DIE STUDIE

Die doel van die studie is om vas te stel wat die voorkoms van depressie onder graad 10 leerders in skole in die Stellenbosch omgewing is.

2. PROSEDURES

Indien u inwillig dat u skool se graad 10- leerders aan die studie mag deelneem, wil ons u van die volgende inlig:

Die deelnemers sal by die betrokke skool 'n selfrapportvraelys moet invul, wat in totaal ongeveer 30 minute sal duur. Die vraelys meet die leerders se persoonlike graad van depressie. U word verseker dat die invul van die vraelys nie leertyd by die skool sal affekteer nie.

Al die deelnemers se vraelyste sal dan nagesien en statisties verwerk word. Die resultate van die navorsing sal in 'n navorsingstesis verskyn. Die resultate sal aan ouers/voogde en die skoolpersoneel tydens 'n inligtingssessie of deur middel van 'n skriftelike dokument na afloop van die studie bekendgemaak word. Dit word benadruk dat alle leerders die vraelys anoniem sal voltooi en dat daar op geen wyse persoonlik na enige deelnemers aan die studie verwys sal kan word nie.

3. MOONTLIKE RISIKO'S EN ONGEMAKLIKHEID

Aangesien die items in die vraelys oor sekere emosionele ervarings van die deelnemers navraag doen, mag dit aanleiding gee daartoe dat sekere negatiewe emosies (pyn, hartseer, emosionele ongemak) by van die deelnemers na vore mag kom. Indien dit gebeur, kan die navorser onmiddellik genader word vir verwysing na professionele praktisyns wat dit kan ondervang.

Die betrokke vraelys is nie 'n diagnostiese instrument nie, maar dui slegs op die teenwoordigheid van simptome van 'n depressiewe versteuring. Om die diagnose van 'n depressiewe versteuring te kan maak, is 'n volledige assessering deur 'n geregistreerde sielkundige en/of 'n psigiater nodig.

4. MOONTLIKE VOORDELE VIR PROEFPERSONE EN/OF VIR DIE SAMELEWING

Vroeë identifisering van depressie onder adolessente en vroeë intervensie met die oog op behandeling van depressie is moontlike voordele wat hierdie studie vir die Stellenbosch-omgewing inhou.

5. VERGOEDING VIR DEELNAME

Deelnemers sal geen vergoeding vir deelname ontvang nie.

6. VERTROULIKHEID

Vertroulikheid sal gehandhaaf word deur middel van die vertroulike hantering van die vraelyste. Die leerders se name sal nie op die vraelys verskyn nie, maar 'n toelatingsnommer sal ingevul word. Die navorser onderneem om geen naam aan 'n toelatingsnommer te koppel nie, **tensy** daar 'n bekommernis by die navorser is oor die voorkoms van ernstige depressiesimptome by 'n spesifieke leerder. Die navorser is eties verplig om die betrokke ouers daarvan in kennis te stel. Die skool word ook anoniem hanteer. Die ingevulde vraelyste sal veilig by die onderzoeker gestoor word. Slegs die onderzoeker, haar studieleier en die persoon wat die data verwerk sal toegang tot die data hê.

7. DEELNAME EN ONTTREKING

Die deelnemers kan self besluit of hul aan die studie wil deelneem of nie. Indien u inwillig dat u skool aan die studie mag deelneem, kan die leerders te eniger tyd daarvan onttrek sonder enige nadelige gevolge. Deelnemers kan ook weier om op bepaalde vrae te antwoord, maar mag steeds aan die studie deelneem. Die onderzoeker kan die leerders aan die studie onttrek indien omstandighede dit noodsaaklik maak.

8. IDENTIFIKASIE VAN ONDERSOEKERS

Indien u enige vrae of besorgdheid omtrent die navorsing het, staan dit u vry om telefonies in verbinding te tree met Daleen Barkhuizen, hoofonderzoeker, by 021 979 0203.

9. REGTE VAN PROEFPERSONE

U kan te eniger tyd u inwilliging terugtrek en u skool se deelname beëindig, sonder enige nadelige gevolge vir u of u skool. Deur deel te neem aan die navorsing doen u geensins afstand van enige wetlike regte, eise of regsmiddel nie. Indien u vrae het oor u regte as proefpersoon by navorsing, skakel met Maryke Hunter-Hüsselmann (mh3@sun.ac.za; 021-808 4623) by die Afdeling Navorsingsontwikkeling van die Universiteit Stellenbosch.

VERKLARING DEUR SKOOLHOOF

Die bostaande inligting is aan my, _____ [*naam van skoolhoof*],
die skoolhoof van _____ [*naam van skool*] bekend gemaak en ek
onderneem om die ondersoeker, Daleen Barkhuizen, te kontak indien ek enige verdere
navrae het.

Hiermee gee ek toestemming dat die graad 10-leerders vrywillig aan die studie kan
deelneem. 'n Afskrif van hierdie vorm is aan my gegee.

_____ Naam van skoolhoof

Handtekening van skoolhoof

Datum

VERKLARING DEUR ONDERSOEKER

Ek verklaar dat ek die inligting in hierdie dokument vervat verduidelik het aan
_____ [*naam van die deelnemer*]. Hy/sy is aangemoedig en oorgenoeg tyd
gegee om vrae aan my te stel. Dié gesprek is in [*Afrikaans/*Engels/*Xhosa/*Ander*] gevoer
en geen vertaler is gebruik nie.

Handtekening van ondersoeker

Datum

ADDENDUM E

UNIVERSITEIT STELLENBOSCH
INWILLIGING OM DEEL TE NEEM AAN NAVORSING

Die voorkoms van depressie by graad 10-leerders in hoërskole in die Stellenbosch-omgewing.

Hiermee word u gevra om toestemming te verleen dat u kind mag deel neem aan 'n navorsingstudie wat uitgevoer sal word deur Daleen Barkhuizen (MEdPsig-student), van die Departement Opvoedkundige Sielkunde aan die Universiteit Stellenbosch. Die resultate sal deel word van 'n navorsingstesis. U seun/dogter is as moontlike deelnemer aan die studie gekies omdat hy/sy tans in graad 10 is en in 'n skool in die Stellenbosch-omgewing is.

10. DOEL VAN DIE STUDIE

Die doel van die studie is om vas te stel wat die voorkoms van depressie onder graad 10-leerders in skole in die Stellenbosch omgewing is.

11. PROSEDURES

Indien u inwillig dat u seun/dogter aan die studie mag deel neem, wil ons u van die volgende inlig:

Die deelnemers sal by die betrokke skool 'n selfrapport vraelys moet invul wat in totaal ongeveer 30 minute sal duur. Die vraelys meet u seun/dogter se persoonlike graad van depressie. U word verseker dat die invul van die vraelys nie leertyd by die skool sal affekteer nie.

Al die deelnemers se vraelyste sal dan nagesien en statisties verwerk word. Die resultate van die navorsing sal in 'n navorsingstesis verskyn. Die resultate sal aan ouers/voogde en die skoolpersoneel bekendgemaak word tydens 'n inligtingssessie na afloop van die studie. Dit word benadruk dat u kind die vraelys anoniem sal voltooi en dat op geen wyse persoonlik na enige deelnemers aan die studie verwys sal kan word nie.

12. MOONTLIKE RISIKO'S EN ONGEMAKLIKHEID

Aangesien die items in die vraelys oor sekere emosionele ervarings van die deelnemers navraag doen, mag dit aanleiding gee daartoe dat sekere negatiewe emosies (pyn, hartseer, emosionele ongemak) by van die deelnemers na vore mag kom. Indien dit gebeur, kan die navorser onmiddellik genader word vir verwysing na professionele praktisyns wat dit kan ondervang.

Die betrokke vraelys is nie 'n diagnostiese instrument nie, maar dui slegs op die teenwoordigheid van simptome van 'n depressiewe versteuring. Om die diagnose van 'n depressiewe versteuring te kan maak, is 'n volledige assessering deur 'n geregistreerde sielkundige en/of 'n psigiater nodig.

13. MOONTLIKE VOORDELE VIR PROEFPERSONE EN/OF VIR DIE SAMELEWING

Vroeë identifisering van depressie onder adolessente en vroeë intervensie met die oog op behandeling van depressie is moontlike voordele wat hierdie studie vir die Stellenbosch omgewing inhou.

14. VERGOEDING VIR DEELNAME

Deelnemers sal geen vergoeding vir deelname ontvang nie.

15. VERTROULIKHEID

Vertroulikheid sal gehandhaaf word deur middel van die vertroulike hantering van die vraelyste. U kind se naam sal nie op die vraelys verskyn nie, maar 'n toelatingsnommer sal ingevul word. Die navorser onderneem om geen naam aan 'n toelatingsnommer te koppel nie, **tensy** bekommernis by die navorser bestaan oor die voorkoms van ernstige depressiesimptome by 'n spesifieke leerder. Die navorser is eties verplig om die betrokke ouers daarvan in kennis te stel. Die skool word ook anoniem hanteer. Die ingevulde vraelyste sal veilig by die onderzoeker gestoor word. Slegs die onderzoeker, haar studieleier en die persoon wat die data verwerk sal toegang tot die data hê.

16. DEELNAME EN ONTTREKING

Die deelnemers kan self besluit of hulle aan die studie wil deelneem of nie. Indien u inwillig dat u seun/dogter aan die studie mag deelneem, kan u seun/dogter te eniger tyd daarvan onttrek sonder enige nadelige gevolge. 'n Deelnemer kan ook weier om op bepaalde vrae te antwoord, maar mag steeds aan die studie deelneem. Die onderzoeker kan u seun/dogter aan die studie onttrek indien omstandighede dit noodsaaklik maak.

17. IDENTIFIKASIE VAN ONDERSOEKERS

Indien u enige vrae of besorgdheid omtrent die navorsing het, staan dit u vry om telefonies in verbinding te tree met Daleen Barkhuizen, hoofonderzoeker, by 021 979 0203.

18. REGTE VAN PROEFPERSONE

U kan te eniger tyd u inwilliging terugtrek en u deelname beëindig, sonder enige nadelige gevolge vir u. Deur deel te neem aan die navorsing doen u geensins afstand van enige wetlike regte, eise of regsmiddel nie. Indien u vrae het oor u regte as proefpersoon by navorsing, skakel met Maryke Hunter-Hüsselmann (mh3@sun.ac.za; 021- 808 4623) by die Afdeling Navorsingsontwikkeling van die Universiteit Stellenbosch.

VERKLARING DEUR OUER/VOOG VAN DEELNEMER

Die bostaande inligting is aan my, _____ [*naam van ouer/voog*], bekend gemaak en ek onderneem om die ondersoeker, Daleen Barkhuizen, te kontak indien ek enige verdere navrae het.

Hiermee gee ek toestemming dat my seun/dogter vrywillig aan die studie kan deelneem. 'n Afskrif van hierdie vorm is aan my gegee.

Naam van ouer/voog

Handtekening van ouer/voog

Datum

VERKLARING DEUR DEELNEMER

Die bostaande inligting is aan my, _____ [*naam van deelnemer*], gegee en verduidelik deur _____ in *Afrikaans/English (merk asb.)* en ek as die deelnemer is dié taal magtig of dit is bevredigend vir my vertaal. Ek/die deelnemer is die geleentheid gebied om vrae te stel en my vrae is tot my bevrediging beantwoord.

Ek wil hiermee vrywillig in om deel te neem aan die studie. 'n Afskrif van hierdie vorm is aan my gegee.

Naam van deelnemer

Handtekening van deelnemer

Datum

VERKLARING DEUR ONDERSOEKER

Ek verklaar dat ek die inligting in hierdie dokument vervat verduidelik het aan _____ [*naam van die deelnemer*]. Hy/sy is aangemoedig en oorgenoeg tyd gegee om vrae aan my te stel. Dié gesprek is in [*Afrikaans/*Engels/*Xhosa/*Ander*] gevoer en geen vertaler is gebruik nie.

Handtekening van ondersoeker

Datum

ADDENDUM F

DIE VOORKOMS VAN DEPRESSIESIMPTOME BY GRAAD 10- LEERDERS IN SKOLE IN STELLENBOSCH

**VOLTOOI ASB DIE VOLGENDE:
PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING:**

**Moet asb. nie jou naam op hierdie vraelys skryf nie!
Please do not write your name on this questionnaire!**

TOELATINGSNOMMER / ADMISSION NUMBER: _____

- A. SKOOL / SCHOOL: _____**
- B. GRAAD / GRADE: _____**
- C. OUDERDOM / AGE: _____**
- D. GESLAG / GENDER: Manlik / Male Vroulik / Female**
- E. Is jy vantevore met depressie gediagnoseer? / Have you been
diagnosed with depression before? JA / YES NEE / NO**

**Beantwoord die volgende vrae SLEGS indien jy JA geantwoord het op vraag E.
/ Please answer the following questions ONLY If you answered YES to question
E.**

- F. Indien JA, op watter ouderdom was dit? / If YES, at what age were you
diagnosed with depression?**

- G. Indien JA, het jy medikasie vir depressie gebruik? / If YES, did you use
medication for depression? JA / YES NEE / NO**
- H. Indien JA, het jy terapie vir depressie ontvang? / If YES, did you receive
therapy for depression? JA / YES NEE / NO**

BECK VRAELYS

BECK QUESTIONNAIRE

BEANTWOORD ASB DIE VOLGENDE VRAE EERLIK / PLEASE ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS TRUTHFULLY

Op hierdie vraelys is daar groepe stellings. Lees elke groep stellings noukeurig deur. Kies dan uit elke groep die een stelling wat die beste beskryf hoe jy die afgelope week, **insluitende vandag**, gevoel het. Trek 'n sirkel om die nommer van die stelling wat jy kies. As meer as een stelling in die groep van toepassing is, omsirkel elke een wat van toepassing is. Maak seker dat jy alle stellings in die groep lees voordat jy jou keuse maak.

*On this questionnaire are groups of statements. Please read each group of statements carefully. Then pick the one statement in each group which best describes the way you have been feeling the past week, **including today**. Circle the number beside the statement that you have picked. If several statements in the group seem to apply equally well, circle each one. Be sure to read all the statements in each group before making your choice.*

1. 0 Ek voel nie swaarmoedig of terneergedruk nie. / *I do not feel sad.*
 1 Ek voel swaarmoedig of terneergedruk. / *I feel sad.*
 2 Ek is gedurig swaarmoedig of terneergedruk en kan die gevoel nie afskud nie. / *I am sad all the time and I can't snap out of it.*
 3 Ek is so swaarmoedig of ongelukkig dat ek dit nie kan verduur nie. / *I am so sad or unhappy that I can't stand it.*

2. 0 Ek is nie besonder pessimisties of ontmoedig deur die toekoms nie. / *I am not particularly discouraged by the future.*
 1 Ek voel ontmoedig oor die toekoms. / *I feel discouraged about the future.*
 2 Ek voel ek het niks om na uit te sien nie. / *I feel I have nothing to look forward to.*
 3 Ek voel die toekoms is hopeloos en dat dinge nie kan verbeter nie. / *I feel that the future is hopeless and that things cannot improve.*

3. 0 Ek voel nie soos 'n mislukking nie. / *I do not feel like a failure.*
 1 Ek voel ek het meer as die gewone mens misluk. / *I feel I have failed more than the average person.*
 2 As ek op my lewe terugkyk, sien ek net mislukkings. / *As I look back on my life, all I can see is a lot of failures.*
 3 Ek voel ek is 'n algehele mislukking as 'n mens. / *I feel I am a complete failure as a person.*

4. 0 Ek kry soveel bevrediging soos voorheen uit dinge. / *I get as much satisfaction out of things as I used to.*
 1 Ek geniet dinge nie soos gewoonlik nie. / *I don't enjoy things the way I used to.*
 2 Ek kry nie werklik bevrediging uit enigiets meer nie. / *I don't get satisfaction out of anything anymore.*
 3 Ek is ontevrede of verveeld met alles. / *I am dissatisfied or bored with everything.*
5. 0 Ek voel nie besonder skuldig nie. / *I don't feel particularly guilty.*
 1 Ek voel 'n groot deel van die tyd skuldig. / *I feel guilty a good part of the time.*
 2 Ek voel die meeste van die tyd taamlik skuldig. / *I feel guilty most of the time.*
 3 Ek voel altyd skuldig. / *I feel guilty all of the time.*
6. 0 Ek voel nie ek word gestraf nie. / *I don't feel I am being punished.*
 1 Ek voel ek mag gestraf word. / *I feel I may be punished.*
 2 Ek verwag om gestraf te word. / *I expect to be punished.*
 3 Ek voel ek word gestraf. / *I feel I am being punished.*
7. 0 Ek voel nie teleurgesteld in myself nie. / *I don't feel disappointed in myself.*
 1 Ek is teleurgesteld in myself. / *I am disappointed in myself.*
 2 Ek het 'n teensin in myself. / *I am disgusted in myself.*
 3 Ek haat myself. / *I hate myself.*
8. 0 Ek voel nie ek is slegter as enigiemand anders nie. / *I don't feel I am any worse than anybody else.*
 1 Ek is krities teenoor myself oor my swakhede of foute. / *I am critical of myself for my weaknesses or mistakes.*
 2 Ek blameer myself altyd vir my foute. / *I blame myself all the time for my faults.*
 3 Ek blameer myself vir alle slegte dinge wat gebeur. / *I blame myself for everything bad that happens.*
9. 0 Ek het geen gedagtes aan selfmoord nie. / *I don't have any thoughts of killing myself.*
 1 Ek dink aan selfmoord, maar sal dit nie uitvoer nie. / *I have thoughts of killing myself, but I would not carry them out.*
 2 Ek wil myself graag om die lewe bring. / *I would like to kill myself.*
 3 Ek sal selfmoord pleeg as ek die kans kry. / *I will kill myself if I have the chance.*

10. 0 Ek huil nie meer as gewoonlik nie. / *I don't cry any more than usual.*
 1 Ek huil nou meer as gewoonlik. / *I cry more than I used to.*
 2 Ek huil nou gedurig. / *I cry all the time now.*
 3 Ek kon vroeër huil, maar nou kan ek nie al wil ek ook. / *I used to be able to cry, but now I can't cry even though I want to.*
11. 0 Ek is nie nou meer geïrriteerd as gewoonlik nie. / *I am no more irritated now than I ever am.*
 1 Ek word makliker ergerlik of geïrriteerd as voorheen. / *I get annoyed or irritated more easily than I used to.*
 2 Ek voel nou gedurig geïrriteerd. / *I feel irritated all the time now.*
 3 Ek word glad nie geïrriteer deur dinge wat my gewoonlik geïrriteer het nie. / *I don't get irritated at all by the things that used to irritate me.*
12. 0 Ek het nie belangstelling in ander mense verloor nie. / *I have not lost interest in other people.*
 1 Ek stel minder belang in ander mense as voorheen. / *I am less interested in other people than I used to be.*
 2 Ek het die meeste van my belangstelling in ander mense verloor. / *I have lost most interest in other people.*
 3 Ek het al my belangstelling in ander mense verloor. / *I have lost all my interest in other people.*
13. 0 Ek neem besluite net so goed soos gewoonlik. / *I make decisions as well as I ever could.*
 1 Ek stel meer uit om besluite te neem as voorheen. / *I put off making decisions more than I used to.*
 2 Ek neem besluite moeiliker as voorheen. / *I have greater difficulty in making decisions than before.*
 3 Ek kan glad nie besluite neem nie. / *I can't make decision at all anymore.*
14. 0 Ek voel nie dat ek slegter as gewoonlik lyk nie. / *I don't feel that I look worse than I used to.*
 1 Ek is bekommerd daaroor dat ek oud of onaantreklik lyk. / *I am worried that I look old and unattractive.*
 2 Ek voel daar is blywende veranderinge in my voorkoms wat my onaantreklik laat lyk. / *I feel that there are permanent changes in my appearance that make me look unattractive.*
 3 Ek glo ek lyk lelik. / *I believe that I look ugly.*

15. 0 Ek kan net so goed soos tevore werk. / *I can work about as well as before.*
 1 Dit vereis meer inspanning om te begin om iets te doen. / *It takes an extra effort to get started at doing something.*
 2 Ek moet myself forseer om enigiets te doen. / *I have to push myself very hard to do anything.*
 3 Ek kan geen werk doen nie. / *I can't do any work at all.*
16. 0 Ek slaap so goed soos gewoonlik. / *I can sleep as well as usual.*
 1 Ek slaap nie so goed soos gewoonlik nie. / *I don't sleep as well as I used to.*
 2 Ek word 1-2 ure vroeër wakker en sukkel om weer aan die slaap te raak. / *I wake up 1-2 hours earlier than usual and find it hard to get back to sleep.*
 3 Ek word etlike ure vroeër as gewoonlik wakker en kan nie weer slaap nie. / *I wake up several hours earlier than I used to and cannot get back to sleep.*
17. 0 Ek word nie moeër as gewoonlik nie. / *I don't get more tired than usual.*
 1 Ek word makliker moeg as gewoonlik. / *I get tired more easily than I used to.*
 2 Ek word moeg van omtrent enigiets wat ek doen. / *I get tired from doing almost anything.*
 3 Ek is te moeg om enigiets te doen. / *I am too tired to do anything.*
18. 0 My eetlus is nie slegter as gewoonlik nie. / *My appetite is no worse than usual.*
 1 My eetlus is nie so goed as wat dit was nie. / *My appetite is not as good as it used to be.*
 2 My eetlus is baie slegter. / *My appetite is much worse now.*
 3 Ek het glad geen eetlus meer nie. / *I have no appetite anymore.*
19. 0 Ek het nie onlangs veel, indien enige, gewig verloor nie. / *I haven't lost much weight, if any, lately.*
 1 Ek het meer as 2.5 kg verloor. / *I have lost more than 2.5 kg.*
 2 Ek het meer as 5 kg verloor. / *I have lost more than 5 kg.*
 3 Ek het meer as 7.5 kg verloor. / *I have lost more than 7.5 kg.*
20. 0 Ek is nie meer bekommerd oor my gesondheid as gewoonlik nie. / *I am no more worried about my health than usual.*
 1 Ek is bekommerd oor liggaamlike probleme soos pyne of 'n omgekeerde maag of hardlywigheid. / *I am worried about physical problems such as aches and pains or an upset stomach or constipation.*

- 2 Ek is baie bekommerd oor liggaamlike probleme en dit is moeilik om aan iets anders te dink. / *I am very worried about physical problems and it is hard to think of much else.*
- 3 Ek is so bekommerd oor my liggaamlike probleme dat ek aan niks anders kan dink nie. / *I am so worried about my physical problems that I cannot think of anything else.*
21. 0 Ek het nie onlangs enige veranderinge in my belangstelling in seks opgemerk nie. / *I have not noticed any recent change in my interest in sex.*
- 1 Ek stel minder in seks belang as gewoonlik. / *I am less interested in sex than I used to be.*
- 2 Ek stel nou baie minder in seks belang. / *I am much less interested in sex now.*
- 3 Ek het heeltemal belangstelling in seks verloor. / *I have lost interest in sex completely.*

Authorised translation into Afrikaans by AT Möller (1990)

TOTAAL TELLING / TOTAL SCORE